

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE FARMACIA Y BIO QUÍMICA

E.A.P. DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

**Consejería farmacéutica: estrategia para mejorar el nivel
de conocimiento de la medicación en pacientes con
Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en el Servicio
de Cardiología – H.N.E.R.M (mayo- octubre 2006)**

TESIS

para optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico

AUTOR

Manuel Elías Nuñez Araoz

Mary Vicente Alfaro

ASESOR

José Juárez

Choy Quintanilla

María Rosa Gutiérrez

Lima – Perú

2007

*“ La única forma de justificar las prestaciones farmacéuticas
es a través de su documentación; si no se escribió, no se realizó
o al menos no se puede probar que se hizo. ”*

Jenelle Sobotka.

*A mis padres Leocadia Alfaro y Joaquín
Vicente por su cariño, paciencia y
esfuerzo sin límites.*

*A Omar Yván Achamiso por su
amor sin fronteras y comprensión a
pesar de todo.*

*A mi madre Hilda Araoz por su
apoyo y amor incondicional de
toda la vida.*

*En memoria de mi padre, en quien
siempre pienso a pesar de su
partida.*

*A la Dra Zoraida Muñoz G. por su
amistad, guía y apoyo incondicional
desde mis inicios en la Universidad,
hasta hoy.*

*A la Dra. Rosa Rodríguez T. por sus
consejos y amistad sincera durante
el internado en el hospital .*

*A nuestro asesor Dr. José Juárez E.
por su orientación, compromiso y
responsabilidad en este trabajo.*

*A la Lic. Carola Angeles por su
apoyo en el desarrollo del trabajo
desde sus inicios.*

*A los señores del Jurado Dra.
Carreño, Dr. Rivero, Dr. Jáuregui y
Dra. Gorriti por su colaboración en
la redacción del trabajo.*

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
SUMMARY.....	5
I: INTRODUCCIÓN.....	6
II: GENERALIDADES.....	11
2.1 DEFINICIONES PRELIMINARES.....	11
2.1.1 Problema relacionado con los medicamentos (PRM).....	11
2.1.2 Problema de salud (PS).....	11
2.1.3 Intervención farmacéutica (IF).....	11
2.1.4 Atención farmacéutica (AF).....	12
2.1.5 Síndrome coronario agudo (SCA).....	12
2.2 AUTOCUIDADO.....	13
2.2.1 El autocuidado: Puntos de vista de distintas disciplinas.....	14
2.2.2 Principios del autocuidado: rol del profesional Farmacéutico.....	15
2.2.3 Buenas Prácticas de Farmacia.....	17
2.3 CONSEJERÍA FARMACÉUTICA.....	18
2.3.1 PROCESO DE CONSEJERÍA FARMACÉUTICA.....	18
2.3.2 COMUNICACIÓN EN LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA.....	20
2.3.3 LA ENTREVISTA EN LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA.....	21
2.3.4 ROL DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO EN LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA.....	22

III: PARTE EXPERIMENTAL.....	25
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	25
3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO.....	25
3.3 SUJETOS DE ESTUDIO.....	25
3.4 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
3.5 METODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
3.6 ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO.....	28
3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	29
 IV: RESULTADOS.....	 30
 V: DISCUSIÓN.....	 36
 VI: CONCLUSIONES.....	 42
 VII: RECOMENDACIONES.....	 43
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 44
 ANEXOS.....	 50

RESUMEN

En este trabajo se evaluaron dos grupos de pacientes con diagnóstico de ingreso de “síndrome coronario agudo”, con la intención de medir el nivel de conocimiento acerca de su medicación (acción del medicamento, modo, frecuencia de administración y posibles efectos secundarios) para lo cual se utilizó la Guía de Consejería Farmacéutica con sus respectivos tests y formatos de Intervención Farmacéutica; los cuales han sido elaborados y validados por los investigadores. Para el grupo control se contó una población de 33 personas mientras que el grupo de estudio fue conformado por 32 personas. Mediante las pruebas estadísticas de T^2 de Hotelling y su correspondiente F de Snedecor; se encontró que el grupo de estudio (con Consejería Farmacéutica) presenta una diferencia significativa del nivel de conocimiento del medicamento con respecto al grupo control, en un tiempo de evaluación máximo de 50 días.

Palabras claves: Consejería Farmacéutica, Síndrome Coronario Agudo.

SUMMARY

In this investigation we compared two groups of patients with Acute Coronary Syndrom as diagnosis to measurement the level of knowledge about medications (action, possible secondary effects, way and frequency of administration). In order to do it we use the Guide of Pharmacist Counseling with its respective Test and Formats which had been elaborated by ourself, the investigators, and they were validated by expert judges. For the control group had a population of 33 people while the group of study were 32 people, from all of them, by the statistical tests of T^2 of Hotelling and its corresponding one F of Snedecor; we obtained that the group of study with the Counseling Pharmacist presents a significant difference with regard to level of knowledge about medicines in contrast to the control group in 50 days as maximum time.

Keywords: Counseling Pharmacist, Acute Coronary Syndrom

I: INTRODUCCIÓN

La Atención Farmacéutica es una actividad que tiene como herramientas la dispensación, **Consejería Farmacéutica** y seguimiento farmacoterapéutico¹; conforme lo permitan las normas legales vigentes. En la Ley General de Salud del Título II, Art. 33, señala la responsabilidad del profesional Farmacéutico en la información y orientación al usuario sobre la administración, uso y dosis del producto farmacéutico, su interacción con otros medicamentos, sus reacciones adversas y sus condiciones de conservación.^{2,3}

La American Society of Health-System Pharmacists considera que los farmacéuticos deberían educar y aconsejar a todos los pacientes posibles, esta consideración permite que durante el trabajo de la Consejería Farmacéutica con los pacientes y sus familias, los farmacéuticos puedan desarrollar actividades de interrelación con los pacientes mediante la educación y consejería.^{3,4}

Los farmacéuticos en particular, con el fin de fomentar la relación de confianza con pacientes y otros profesionales de la salud, deben buscar oportunidades para participar en programas de educación a pacientes en el sistema de salud y adoptar un papel activo para dar soporte a los esfuerzos educativos de otros miembros del equipo asistencial.^{3,5,6}

La Atención Farmacéutica representa la oportunidad de participar en el logro de resultados definidos en la salud del paciente, que en muchos casos se ve en peligro por el desconocimiento de la enfermedad según lo indica la European Heart Journal's Advance⁷,⁸. Por ello se entiende que la Atención Farmacéutica no es una actividad inherente a la profesión, es decir la Atención Farmacéutica es un servicio a la comunidad y como tal necesita de la especialización del Químico Farmacéutico. En el Perú, instituciones como la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (unidad de post grado y pre grado de la Facultad de Farmacia y Bioquímica), el Colegio Químico Farmacéutico del Perú y la Red Sudamericana de Atención Farmacéutica, realizan actividades educativas para químicos farmacéuticos sobre el concepto, implementación y alcances de la Atención Farmacéutica. El trabajo de estas instituciones tiene como fin que el Químico Farmacéutico conozca la Atención Farmacéutica y llegar a consensos que permitan impulsar, esta actividad con conceptos definidos y ajustados a nuestra realidad. Si bien hasta hoy el único consenso

sobre la definición del término Atención Farmacéutica establecido en el Perú, fue conseguido por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID)⁹ en el 2002, ésta debe motivar al Químico Farmacéutico interesado en la Atención Farmacéutica, a intentar desarrollarla, de igual manera el Químico Farmacéutico hospitalario también debe ser parte de ello e intentar acercarse a esto.

Ante la dificultad de implementar la Atención Farmacéutica en hospital, por la complejidad de las actividades que esto implica, la Consejería Farmacéutica, se presenta como una herramienta de la Atención Farmacéutica, que trae consigo beneficios significativos para el paciente y el profesional Químico Farmacéutico. La implementación de la Consejería Farmacéutica es una estrategia para mejorar el nivel de conocimiento del paciente acerca de sus medicamentos, asegurar el cumplimiento de la terapia, garantizar una mejor calidad de vida para el paciente y así mejorar la imagen institucional del hospital y del rol del Químico Farmacéutico.^{10, 11}

Consejería Farmacéutica es la provisión de la información necesaria para asegurar el uso adecuado del medicamento¹². Siendo este un concepto usado por muchos Farmacéuticos en el Perú, hasta el momento no se han encontrado trabajos de investigación que desarrollen este concepto propiamente dicho; sin embargo, en países como España y Estados Unidos se observan mayor desarrollo y alcances de este concepto. La mayoría de los farmacéuticos conceptualizan la Consejería Farmacéutica como la interpretación de la receta que el médico da al paciente luego de la consulta, luego de la dispensación del medicamento en la Farmacia. Esta interpretación de la receta es sólo la punta del iceberg, el objetivo principal de la Consejería Farmacéutica es mejorar el nivel de conocimiento del paciente acerca de su medicación y grado de cumplimiento del tratamiento farmacológico.

La implementación de la Consejería Farmacéutica ayuda también a mejorar la imagen del Químico Farmacéutico hospitalario por parte de otros colegas profesionales de la salud y ser reconocidos como miembros activos del equipo de salud. Además, por ser un servicio de carácter gratuito ofrecido por el Departamento de Farmacia, se convertirá en un servicio solicitado por el paciente, logrando así que el paciente no sólo conozca a su Farmacéutico del hospital, sino que el paciente desarrollará la confianza necesaria para

solicitar su presencia cuando requiera absolver dudas o aclaraciones acerca del medicamento siendo esta nuestra principal responsabilidad.

En los servicios asistenciales (hospitales) de nuestro país, la Consejería Farmacéutica se integra como parte del programa de autocuidado del paciente, en el que también participan otros profesionales de la salud (médico, enfermera, nutricionista, obstetriz).

El carácter gratuito de la Consejería Farmacéutica para el paciente, no implica que la planificación, implementación y aplicación de la Consejería Farmacéutica, sea gratuita para los servicios asistenciales. Para integrar la Consejería Farmacéutica al programa de autocuidado es necesario redirigir presupuestos para solventar el costo operativo de esta herramienta de la Atención Farmacéutica. En el futuro, conforme avance el desarrollo en la Guía de la Consejería Farmacéutica, el sistema de gestión utilizando también se perfeccionará, el cual por ser medible puede ser auditable, es decir que los procesos y procedimientos podrán ser certificados.

La Consejería Farmacéutica promueve el autocuidado del paciente; en los últimos años, el término “CONSEJERÍA FARMACÉUTICA” se ha consolidado como una filosofía práctica que cuenta con el paciente y la comunidad como los primeros beneficiarios de las actividades del farmacéutico¹³. Este concepto es particularmente relevante para ciertos grupos especiales como los adultos, las madres y los hijos y los pacientes con enfermedades crónicas, así como también para la comunidad en su totalidad. Aunque los conceptos básicos de Consejería Farmacéutica y Buenas Prácticas de Farmacia son, en gran medida, los mismos se puede decir que las Buenas Prácticas de Farmacia es el camino hacia la implementación de la Consejería Farmacéutica.

Los farmacéuticos, como expertos en medicamentos, deberían adoptar un papel coordinador y liderazgo entre otros, dentro del grupo de proveedores de asistencia sanitaria, asociaciones profesionales, gobiernos nacionales y locales, autoridades públicas sanitarias, organizaciones de padres de familia, grupos de apoyo a consumidores y pacientes, educadores y medios de comunicación.

En conclusión la Consejería Farmacéutica, tiene el fin de acercarnos a la Atención Farmacéutica y mejorar el conocimiento del paciente acerca de los medicamentos; siendo

el Químico Farmacéutico conjuntamente con el paciente los protagonistas de este evento. La Consejería Farmacéutica brinda la oportunidad al Químico Farmacéutico hospitalario de hacer conocida su profesión, mediante un rol activo adoptado para lograr el cumplimiento de la farmacoterapia.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

Generar, mediante la Consejería Farmacéutica, un mejor conocimiento de los objetivos terapéuticos por la utilización de los medicamentos en los pacientes hospitalizados con diagnóstico de ingreso de Síndrome Coronario Agudo a la Unidad de Cuidados Generales del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – H.N.E.R.M.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Determinar el nivel de conocimiento acerca de la acción del medicamento.
- b. Determinar el nivel de conocimiento del paciente acerca del modo de administración del medicamento.
- c. Determinar el nivel de conocimiento del paciente acerca de la frecuencia de administración del medicamento.
- d. Determinar el nivel de conocimiento del paciente acerca de los efectos secundarios del medicamento.
- e. Establecer el perfil general entre el nivel de conocimiento de los pacientes del grupo de estudio y el grupo control.

II: GENERALIDADES

2.1 DEFINICIONES PRELIMINARES

2.1.1. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS (PRM)

Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) Son problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la Farmacoterapia, que producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico y a la aparición de efectos no deseados.¹⁴

2.1.2. PROBLEMA DE SALUD (PS)

La definición recogida por la WONCA*, “cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o el médico perciban como una desviación de la normalidad que ha afectado, puede afectar o afecta a la capacidad funcional del paciente”.^{15, 16}

2.1.3. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA (IF)

Se define como la acción del farmacéutico que tiende a mejorar el resultado clínico de los medicamentos, mediante la modificación de la utilización de los mismos. Esta intervención se enmarca dentro de un plan de actuación acordado previamente con el paciente.¹⁷

* WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA)

2.1.4 ATENCIÓN FARMACÉUTICA (AF)

Es la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.

La Atención Farmacéutica en España se define por el [Consenso de Atención Farmacéutica](#) que engloba las tareas del [farmacéutico](#) orientadas hacia el [paciente](#): [dispensación](#), consejo o consulta y [seguimiento de tratamientos farmacológicos](#).¹⁵

2.1.5 SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

El término de Síndrome Coronario Agudo (SCA) es una nueva clasificación de la cardiopatía isquémica, engloba las manifestaciones clínicas de un proceso fisiopatológico progresivo. Se refiere a la disminución en distintas intensidades del aporte de sangre al músculo del corazón o miocardio como consecuencia de la obstrucción parcial o total de las arterias coronarias.¹⁸

Las tres causas fundamentales capaces de producirla son: trombosis (obstrucción de un vaso sanguíneo por un coágulo debido, fundamentalmente, a la afectación arteriosclerótica de su pared), embolia (obstrucción brusca de un vaso, generalmente sano, por un coágulo formado en otro lugar y arrastrado hasta allí por la corriente sanguínea) y traumatismo (provocan la isquemia del territorio afectado por la lesión del vaso que le aporta la sangre necesaria). Incluye al infarto del miocardio (tipo Q, no-Q) y la angina inestable.¹⁸

2.2 AUTOCUIDADO EN SALUD

El autocuidado de la salud es un camino a seguir por cualquier persona, familia, grupo social y centros laborales para que se preserve, se mantenga o se recupere la salud en forma integral, a un menor costo que bajo cualquier otro sistema. El autocuidado de la salud tiene su principal fuerza en cada uno de los habitantes del país, pero requiere para su aplicación de una educación sanitaria que todavía no se alcanza fácilmente en nuestro país.²

El concepto de autocuidado de la salud se ha construido a partir de las observaciones sobre lo que las personas hacen en beneficio de su salud, lo que los familiares o amigos ofrecen en forma de cuidado al enfermo y lo que los grupos sociales o comunidades desarrollan en beneficio de la salud colectiva.⁴ Según la Federación Internacional de Farmacia (FIP), “El autocuidado, incluido el autotratamiento o la automedicación, ha sido por muchos años una característica de la asistencia sanitaria”¹⁹. Aquí la figura del farmacéutico cobra un especial interés. Su formación académica, su información como profesional sanitario, incluyendo el uso correcto de los medicamentos, y en múltiples ocasiones su conocimiento del paciente por razones de proximidad, lo convierten en un consejero insustituible y en un eficaz colaborador en el equipo primario de salud.³

El autocuidado también se ha considerado como parte del estilo de vida de las personas, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de los individuos con su medio social. Estos patrones se perfilan a partir de conductas que se repiten en las distintas circunstancias que la persona enfrenta día a día y que realiza influenciada por su propio esquema de valores, los de otras personas y por los eventos políticos y económicos que caracterizan el medio en que se desenvuelve.^{4, 13}

2.2.1 EL AUTOCUIDADO: PUNTO DE VISTA DE DISTINTAS DISCIPLINAS

El autocuidado se ha conceptualizado también desde el punto de vista de las profesiones que tienen como objeto de estudio la salud y la enfermedad de las personas. Las instituciones de salud tendrían que efectuar cambios organizacionales y estructurales en función de un nuevo modelo de atención que considere también como resultado último la consecución de la salud positiva de los individuos y de los grupos sociales. Al respecto se han trabajado algunas propuestas que responden principalmente a las necesidades de pacientes con enfermedades crónico degenerativas; sin embargo, las conceptualizaciones desarrolladas son también útiles para otras circunstancias.

Según la American Society of Health-System Pharmacists, el manejo colaborativo de enfermedades crónicas debe incluir una definición conjunta de los problemas que se presentan con la enfermedad crónica, de las metas y de la planificación para la solución de los mismos.⁴

En este sentido, existe un reconocimiento claro de las ventajas del trabajo interdisciplinario entre médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros para responder a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas. El papel de los farmacéuticos es relevante para suministrar al paciente información y asesoramiento acerca de los medicamentos utilizados en el autocuidado. Si bien el público de hoy está mejor informado y acepta mayor responsabilidad en el cuidado de su propia salud, requiere del médico y del farmacéutico, asesoramiento permanente sobre hábitos higiénico-sanitarios y uso adecuado de los medicamentos.³

En su calidad de Federación Internacional de organizaciones de farmacéuticos (FIP), su misión y responsabilidad es abordar temas que traten, en términos generales, de la salud y el bienestar de las personas en todo el mundo. A pesar de existir la presunción generalizada de que el problema sólo afecta al mundo desarrollado, las enfermedades crónicas son pandémicas. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital", ofrece a la FIP y a sus miembros, un punto de referencia para participar activamente en la educación y contribuir a resolver este problema.⁵

En este contexto, la FIP reconoce que el farmacéutico es de un valor inestimable en la gestión de las enfermedades crónicas, especialmente si se tiene en cuenta que su tratamiento exige, a menudo, el uso prolongado de medicamentos.⁵

2.2.2 PRINCIPIOS DEL AUTOCUIDADO - EL ROL PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO.

Un servicio farmacéutico amplio comprende las actividades para asegurar una buena salud y evitar enfermedades en la población. Cuando se tratan enfermedades, es necesario asegurarse de la calidad en el proceso del uso de los medicamentos a fin de lograr el mayor provecho terapéutico y evitar efectos secundarios desfavorables. Esto presupone la aceptación por parte de los farmacéuticos, de una responsabilidad compartida con otros profesionales y con los pacientes por el resultado de la terapia.¹⁹

La misión del Farmacéutico es suministrar medicamentos y otros productos y servicios para el cuidado de la salud y ayudar a los pacientes y a la sociedad a emplearlos de la mejor manera posible.¹⁹

(1) El papel del Farmacéutico

Los farmacéuticos poseen los conocimientos necesarios para asesorar respecto al almacenamiento seguro de medicamentos en casa y sobre su adecuado desecho una vez que se ha completado el tratamiento o en caso de medicamentos adquiridos para uso ocasional, cuando éstos hayan alcanzado la fecha de expiración.

El Farmacéutico está debidamente calificado y tiene la capacidad para advertir cuándo se debe recurrir a un médico prescriptor. Tal asesoría, basada en el conocimiento de un experto, tiene que ser mejor y más segura que el consejo recibido de un amigo o un miembro de la familia.

Los farmacéuticos pueden, igualmente, advertir a las personas que los medicamentos prescritos a un individuo o adquiridos para el tratamiento de una condición médica específica, no deben ser utilizados por otra persona sin haber consultado previamente la opinión de un profesional.²⁰

(2) El público y su conocimiento acerca de los medicamentos

Actualmente, en muchos países, una cantidad considerable de información sobre medicamentos es suministrada al consumidor a través de artículos de prensa, folletos informativos incluidos en los medicamentos y muchas veces también, a través de campañas publicitarias. La experiencia

demuestra que el suministro de esta información adicional puede prestarse a malas interpretaciones y que a menudo, generan nuevas interrogantes en los consumidores. Es muy importante entonces, controlar la publicidad de los medicamentos dado que éstos no son artículos de consumo corriente.^{12, 20, 21, 22}

(3) *Educación y entrenamiento de los farmacéuticos*

La educación y el entrenamiento que reciben los farmacéuticos los capacita para impartir asesoría sobre el autocuidado. Los farmacéuticos tienen la responsabilidad de ampliar y actualizar sus conocimientos sobre los medicamentos y su habilidad para reconocer los síntomas de enfermedades comunes que puedan ser tratadas sin riesgo, a lo largo de su carrera profesional.

(4) *Cooperación médico prescriptor / farmacéutico*

La cooperación estrecha entre el médico prescriptor y el farmacéutico es importante tanto en el área de la automedicación, como en relación con los medicamentos de venta bajo receta. La relación interprofesional será mucho mejor si los médicos y los farmacéuticos, a nivel local, acuerdan procedimientos a ser adoptados en relación con la solicitud de tratamiento de los síntomas de determinadas condiciones con respecto a grupos específicos de medicamentos terapéuticos. Esto garantizará el uso efectivo de la experiencia de ambas profesiones en pro del interés del público como paciente y como consumidor.²³

2.2.3 BUENAS PRÁCTICAS DE FARMACIA

La buena práctica de farmacia exige que:²⁴

- La primera preocupación de un farmacéutico es el bienestar de los pacientes en todas las circunstancias.
- La esencia de la actividad farmacéutica es el suministro de medicamentos y otros productos para el cuidado de la salud.

- Garantice la información y asesoramiento adecuado a los pacientes y la observación de los efectos de su uso.
- Una parte integral de la contribución del farmacéutico sea la promoción de la prescripción racional y económica, así como el uso adecuado de los medicamentos.
- El objetivo de cada elemento del “Servicio Farmacéutico” será relevante para el paciente, estará claramente definido y será eficazmente comunicado a todos los relacionados en el asunto.

2.3 CONSEJERÍA FARMACÉUTICA

2.3.1 PROCESO DE CONSEJERÍA FARMACÉUTICA.

Una relación efectiva forma una base que permite al farmacéutico reconocer la responsabilidad profesional en el cuidado del paciente, una conversación entre el paciente y el profesional de la salud tiene un objetivo diferente que una conversación entre amigos; la comunicación paciente –profesional significa establecer una relación terapéutica con el objetivo de proveer efectividad en el servicio del cuidado de la salud que el paciente necesita. ²⁵

La utilización de diversas técnicas deben contribuir a un mejor entendimiento, por el paciente, de los objetivos o metas terapéuticas durante las exposiciones como: ²⁵

1. Enfatizar puntos clave usando frases como “Ahora, esto es muy importante” ayudarán a recordar lo que sigue.
2. Brindar razones claves de advertencia, diciendo por qué es necesario continuar usando un antibiótico aún si los síntomas desaparecieron.

La información mejor entendida es más fácil de recordar y más probable de ser seguida.

3. Dar definiciones concretas e instrucciones explícitas, cualquier información imaginada mentalmente usando gráficas y demostraciones es más fácil de recordar.
4. Complementar y reforzar lo hablado con instrucciones escritas, brindando al paciente la información considerada necesaria.
5. Al final de la Consejería, preguntar al paciente por los puntos críticos o importantes mediante frases como: “Quisiera saber en qué otro momento exactamente usted deberá tomar su medicación” o “quisiera estar seguro, no quisiera dejar nada suelto, podría usted por favor decirme el horario de dosificación”

La Consejería Farmacéutica es efectiva si el paciente asimila la información y modifica su comportamiento mejorando su adherencia al tratamiento.

La medida del entendimiento del paciente como parte del proceso de la Consejería Farmacéutica, permite la identificación de las posibles causas y efectos de la no adherencia y sugiere pautas para un mejor uso de los medicamentos, fácil de aprender y hacer diferencia en la calidad de vida del paciente.

2.3.2 COMUNICACIÓN EN LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA

El proceso de la comunicación entre el profesional de salud y los pacientes cumple dos principales funciones: ^{25, 26, 27}

- Establecer la relación entre el proveedor (profesional de salud) y el paciente.
- Intercambiar la información necesaria para medir la condición de salud del paciente, el tratamiento implementado para el problema de salud

y evaluar los efectos del tratamiento en la calidad de vida del paciente.

La comunicación puede ser difícil debido a que la población es en su mayoría, adulto mayor y requiere una comunicación especial debido a que la capacidad de aprender está disminuida por su menor capacidad de retención de información, por lo que se sugiere la presencia familiar. La visión es otro inconveniente cuando se usa información escrita con la que el paciente contará. Hay muchos factores que el farmacéutico debe tener en cuenta, relacionados al adulto mayor, además es esta población la que necesita más un servicio de Consejería. Otro importante paso es el de mejorar la retroalimentación en los pacientes como si ellos recibieran el mensaje normalmente, diciéndole al paciente que repita las instrucciones y otras informaciones adicionales. Una buena iluminación del lugar donde se realiza la Consejería es necesario para estimular al paciente; al usar información escrita, debemos asegurarnos que hay suficiente luz. Se usarán papeles de color, diferente al blanco durante la Consejería (rotafolio anexo N° 01).

2.3.3 LA ENTREVISTA EN LA CONSEJERIA FARMACÉUTICA

Después de considerar los puntos anteriores, la entrevista juega un rol fundamental en la Consejería. Brindar un saludo sincero al paciente y la presentación de sí mismo, si es que no se conocen.

Cada entrevista debe tener un objetivo; el paciente debe conocer el tiempo que la Consejería tomará y el beneficio de este proceso (entrevista). Después de iniciada la entrevista, lo siguiente es ayudar a conducirla eficientemente: ²⁵

- Evitar efectuar recomendaciones durante la reunión o fases de la entrevista, las recomendaciones impiden que el paciente mencione su necesidad de información.
- No saltar a conclusiones rápidamente o soluciones rápidas sin oír todos los hechos.
- No cambiar bruscamente de un tema a otro.

- Dirigir la entrevista usando combinaciones de preguntas abiertas y cerradas.
- Mantener la objetividad, no permitir creencias o prejuicios que influyeran en nuestro pensamiento.
- Usar adecuadas habilidades para la comunicación, reconociendo, escuchando y retribuyendo información
- Permitir mensajes no verbales del paciente, porque éstos son signos de que la entrevista está en proceso.
- Dependiendo de la relación con el paciente, realizar preguntas específicas y más personales, algunos pacientes podrían ponerse a la defensiva.
- Tomar nota de forma breve para evitar suspicacias en el paciente.

2.3.4. ROL DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO EN LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA

La imagen del farmacéutico es muy importante, los pacientes mayores esperan un elegante, respetuoso y dedicado profesional que los sirva; finalmente la percepción de autoridad podría influenciar en como ellos interactúan, con nosotros. La mayoría creció respetando la autoridad del médico y el farmacéutico y prefieren un comportamiento autoritario para recibir un consejo para la salud o indicaciones. Por otro lado se podría tener otros pacientes que querrán ser un poco más independientes y desearán valerse por si mismos, ellos no pedirán mayor información sobre medicamentos para tomar decisiones.²⁵

Los farmacéuticos frecuentemente necesitan obtener información de los pacientes como parte del proceso de la Consejería para poder brindarle una

adecuada educación. Para reunir la información necesaria se puede desarrollar la siguiente secuencia:

1. Medir las necesidades de conocimiento del paciente acerca de sus medicamentos.
2. Medir el conocimiento del paciente, que permite que la Consejería varíe de acuerdo al grado de conocimiento de cada paciente y evitar enfatizar lo que ya conoce.
3. Identificar los vacíos de información para brindar información novedosa para el paciente.
4. Medir la capacidad de aprendizaje del paciente.
5. Determinar la mejor forma para la instrucción de la Consejería del paciente.
6. Determinar el mejor momento para la instrucción de la Consejería del paciente.
7. Después de la Consejería, evaluar lo aprendido por el paciente.

La Federación Internacional de Farmacéuticos recomienda²⁸:

1. El farmacéutico, con la cooperación de los familiares del paciente, deberá comunicarle acerca de sus medicamentos y la importancia del cumplimiento de la terapia. El farmacéutico entregará, además de cualquier información impresa obligatoria según la ley o los estándares profesionales, material escrito que según su juicio profesional sea apropiado como complemento a la información verbal recibida.

2. El farmacéutico deberá estimular a los pacientes para que formulen preguntas acerca de sus medicamentos en el momento en que se les brinda la información y también posteriormente.
3. Los profesionales deberán desarrollar material de apoyo para que el farmacéutico pueda ayudar al paciente y sus familiares la utilización apropiada de los medicamentos, dónde encontrar información acerca de éstos y cómo evaluarla.
4. Siempre que haya oportunidad, el Farmacéutico promoverá activamente el concepto de educación sobre medicamentos hablando con educadores, padres y grupos comunitarios.
5. Se realizarán investigaciones para identificar y superar las barreras que tengan que afrontar los farmacéuticos en su labor de asesoramiento sobre los medicamentos.
6. La comunicación con los pacientes y familiares, deberá ser parte integral del estudio universitario y de los programas educativos de postgrado para los farmacéuticos. Además, los involucrados, internos y externos y los estudiantes en práctica deberán en lo posible, incluir sus experiencias de comunicación con pacientes acerca de medicamentos.
7. Los gobiernos deberán reconocer los beneficios que resultan de enseñar a los pacientes a manejar los medicamentos en forma responsable y a utilizarlos adecuadamente. Además, deberán incluir en sus planes sanitarios, promover la iniciativa de apoyar a las asociaciones farmacéuticas y a sus miembros en la puesta en práctica de estas recomendaciones.

III: PARTE EXPERIMENTAL

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Longitudinal, prospectivo y experimental

3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO

- a) Unidad de cuidados generales del servicio de Cardiología - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – H.N.E.R.M. en el periodo de abril 2006 – julio 2006. Consultorios de consulta externa de cardiología – H.N.E.R.M. en el periodo de abril 2006 – octubre 2006.
- b) Domicilio de los pacientes del grupo de estudio y grupo control, residentes en Lima en el periodo de abril 2006 – octubre 2006.

3.3 SUJETO DE ESTUDIO

3.3.1 POBLACIÓN

De acuerdo al promedio de ingresos de pacientes al servicio de Cardiología – H.N.E.R.M. se tiene que en el mes de mayo del 2005 hasta mayo del 2006 la afluencia de pacientes con diagnóstico de ingreso de Síndrome Coronario Agudo fue de un total de 265, con promedio mensual de 25 pacientes.

3.3.2 MUESTRA

Todos los pacientes que cumplan el criterio de inclusión.

Prueba Piloto

Grupo de Estudio: 10 pacientes (número de pacientes durante 07 días)

Grupo Control: 10 pacientes (número de pacientes durante 07 días)

Parte Experimental

Grupo de Estudio: 32 pacientes (número de pacientes durante 90 días)

Grupo Control: 33 pacientes (número de pacientes durante 90 días)

3.3.3 CRITERIOS

Criterios de Inclusión

- Pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados generales del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con diagnóstico de ingreso de Síndrome Coronario Agudo (SCA) no debutante.
- Pacientes con alta hospitalaria en el Servicio de Cardiología.
- Pacientes adultos maduros (mayores de 40 años).
- Pacientes en estado de lucidez.
- Pacientes con consentimiento informado (anexo N° 01).

Criterios de Eliminación:

- Pacientes transferidos a otro servicio.
- Pacientes que ingresaron a un procedimiento quirúrgico.
- Pacientes que residan en provincias.
- Pacientes que participen en la prueba piloto.
- Pacientes que reingresen al servicio de Cardiología antes de terminar el periodo de Post Consejería.

3.4 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La captación de los grupos fue de manera aleatoria tanto para la prueba piloto como para la parte experimental propiamente dicha.

A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les asigna un número de ingreso correlativo, los pacientes con número de ingreso par formarán parte del

grupo de estudio (GE) y los pacientes con número de ingreso impar formarán parte del grupo control (GC).

3.5 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN (CONSEJERÍA)

Durante 90 días, los 65 pacientes que ingresan con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA) y cumplen con los criterios de inclusión se les asigna un número de ingreso correlativo y se les divide según lo antes mencionado. Luego que cada paciente de ambos grupos recibe la información acerca de la Consejería Farmacéutica y acepta participar mediante la firma del consentimiento informado, se aplica el primer test (test 0 o test pre consejería).

Al grupo de estudio (número de ingreso correlativo par) se brinda de 3 a 4 sesiones de Consejería Farmacéutica siguiendo las pautas y usando los formatos de la Guía para la Consejería Farmacéutica (anexo N°01). El número de sesiones de la Consejería Farmacéutica depende del grado de asimilación del paciente. La asimilación de la información se mide por las respuestas de los pacientes a preguntas como: vamos a recordar la acción de este medicamento, dígame ¿Para que sirve la atorvastatina?, ¿Qué es lo que más recuerda de información brindada en la sesión?, ¿Puede repetir lo que mencione?. Al terminar cada sesión de Consejería Farmacéutica se absuelven las interrogantes del paciente acerca de su medicación, incidiendo en nuestros indicadores (mecanismo de acción, modo de administración, frecuencia de administración y posibles efectos secundarios). Terminado el proceso de Consejería Farmacéutica, el día del alta hospitalaria, se aplica el segundo test asistido (test 1 o test post consejería). Además se hizo entrega de formatos de ayuda para el cumplimiento de la terapia, antes de retirarse del servicio de Cardiología el paciente completa el formato de exploración de la aceptación de la Consejería Farmacéutica; luego del alta hospitalaria, se realizan visitas domiciliarias periódicas y coordinadas para obtener las evaluaciones y determinar el nivel de conocimiento del paciente a través del tiempo mediante los test asistidos aplicados en cada visita (test 2, test 3, test 4). Se realizan intervenciones de seguimiento para responder a las preguntas del paciente, estas intervenciones deben ser puntuales. Las actividades realizadas en cada visita domiciliaria se desarrollan según la Guía para la Consejería Farmacéutica.

Al grupo control (número de ingreso correlativo impar) se brinda 01 sesión acerca de la enfermedad y medicamentos en el momento del alta, después se aplica el segundo test asistido (test 1 o test post consejería). Luego previa coordinación se realizan las visitas domiciliarias periódicas, en cada visita se mide el nivel de conocimiento del paciente acerca de su medicación mediante la aplicación de los test (test 2, test 3, test 4). Se realizan intervenciones de seguimiento para responder a las preguntas del paciente, estas intervenciones deben ser puntuales. Después del último test (test 4) se le brinda la Consejería Farmacéutica en una sesión, se usa el rotafolio, se absuelven preguntas y facilita formatos de ayuda para el cumplimiento de la terapia.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO

Acorde con la declaración de Helsinki (investigación biomédica no terapéutica), nuestro estudio cumple los cuatro principios* :

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de la persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.
2. Los participantes deben ser voluntarios, sanos cuyas enfermedades se relacionen con el diseño experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.
4. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.

* Se ha hecho hincapié en el principio número 3, lo que se aprecia bajo el consentimiento informado aceptado por los pacientes.

3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Los instrumentos han sido evaluados tanto en la prueba piloto a través de un comité de expertos compuesto por un equipo multidisciplinario (médico, enfermera y químico farmacéutico). Luego de concluida la recolección de datos, los datos obtenidos del formatos de exploración de la aceptación de la Consejería Farmacéutica fueron procesados en la Tabla de Cotejo y Tabla Matriz de Operacionalidad de la variable, mediante los paquetes estadísticos SPSS 13.0 y Microsoft Excel 2003, a fin de presentar la validez de los datos obtenidos (anexo N° 02). Los resultados de los cinco test de cada grupo de pacientes fueron sometidos al análisis de perfiles para grupos independientes. Este análisis demuestra la significancia de la investigación, para ello se determina el T^2 de Hotelling y el F de Snedecor (anexo N° 03).

IV: RESULTADOS

Según los datos recolectados:

El número de pacientes que ingresaron con Síndrome Coronario Agudo, como diagnóstico de ingreso durante el periodo de estudio, fue de 78; de éstos, 13 pacientes no cumplieron con los criterios de inclusión. Los 65 pacientes fueron asignados por el número de ingreso correlativo en partes proporcionales, de los cuales 32 formaron parte del Grupo de Estudio (GE) y 33 del Grupo Control (GC). (anexo N° 03)

- Para el Grupo de Estudio se contó con 19 hombres y 13 mujeres, cuya distribución por grupos etáreos se muestra en la tabla N° 01 y gráfica N° 1; se encontró un grupo etáreo dividido en 21.88% (30-49 años), 18.73% (50 a 59 años), 25% de (60 a 69 años), 21.88% (70-79 años) y 12.5% (80 a 89 años). **Tabla N° 01**
- Para el Grupo Control se contó con 25 hombres y 8 mujeres, cuya distribución por grupos etáreos se muestra en la tabla N° 2 y gráfica N° 2; se encontró un grupo etáreo dividido en 15.15% (30-49 años), 18.18% (50 a 59 años), 18.18% de (60 a 69 años), 36.36% (70-79 años) y 12.12% (80 a 89 años). **Tabla N°02**

En cuanto a las **preguntas generales** del Formato de Exploración de la Aceptación de la Consejería Farmacéutica (anexo N° 01 – Herramientas), aplicada sólo en el alta (test 1 o test post consejería) para el grupo de estudio, se evidenció los siguientes resultados:

- Pregunta 01
El 87,5% de los pacientes (28) manifiestan que les preocupa mucho su enfermedad y solo al 12.5% de los pacientes (4) les preocupa poco su enfermedad. **Tabla N° 03**
- Pregunta 02 y 03
El 75% de pacientes (24) consideran que es indispensable para ellos saber acerca de su medicación; mientras que el 25% de los pacientes (8) consideran que es poco importante conocer acerca de su medicación. Este mismo grupo el 59.4% de

pacientes (19) han recibido mucha información sobre el tratamiento de su enfermedad y sólo el 40.26% de los pacientes (13) recibieron poca información sobre el tratamiento de su enfermedad. **Tabla N° 04 y 05**

- Pregunta 04

El 46.9% de los pacientes (15) nunca ha olvidado de tomar su medicación durante su estancia en el hospital, el 50% de los pacientes (16 personas) algunas veces olvidó de tomar sus medicamentos y sólo el 3.1% de pacientes (01) sí olvidó de tomar su medicamento durante su estancia en el hospital. **Tabla N° 06**

- Pregunta 05

El 59.4% de pacientes (19) conoce para que toma sus medicamentos y que efecto producirá en su enfermedad, el 40,6% de pacientes (13) sólo conoce para que sirven algunos de los medicamentos que toma. **Tabla N° 07**

- Pregunta 06

El 68.8% de pacientes (22) sabe en que momento debe tomar sus medicamentos, el 28,9% de pacientes (9) sabe el momento adecuado en que debe tomar algunos de sus medicamentos y sólo el 3.1% de pacientes (1) no sabe el momento adecuado en que debe tomar sus medicamentos. **Tabla N° 08**

- Pregunta 07

Ningún paciente respondió el formato cuando ya no estaba en el hospital. No hay datos.

- Pregunta 08

El 53.10% de los pacientes (17) indicaron haber olvidado tomar su medicación (pregunta No 04). De este 53.10%, sólo el 11.76% de pacientes (02) manifestaron haber olvidado tomar su medicamento de 1 a 2 veces, estos pacientes representan el 6.25 % de la población total del grupo de estudio (32). **Tabla N° 09**

- Pregunta 09

El 53,1% de pacientes (17) conoce las precauciones que debe tener de la mayoría de los medicamentos que tiene y solo el 46.9% de pacientes (15) conoce las precauciones de pocos de sus medicamentos. *Tabla N° 10*

- Pregunta 10

El 46.9% de pacientes (15) conoce la mayoría de los posibles efectos secundarios que puede producir los medicamentos que está tomando; el 50% sólo conoce algunos de los efectos secundarios de sus medicamentos y sólo el 3.1% de pacientes (01) no recuerda cuales son los posibles efectos secundarios que sus medicamentos le pueden ocasionar. *Tabla N° 11*

- Pregunta 11

El 31.3% de pacientes (10) manifiestan que dejaron de tomar el medicamento si se sentían mal por el consumo de estos medicamentos, el 65.6% (21) sólo dejaron de tomar el medicamento algunas veces por esta misma causa y sólo el 3.1% (01) manifestó que ha dejado de tomar sus medicamentos si se sentía mal. *Tabla N° 12*

- Pregunta 12

Los pacientes consumen de 03 a 08 medicamentos. El 68.8% (22 pacientes) consumen de 04 a 06 medicamentos, mientras que el 6.3% (02 pacientes) consume 08 medicamentos. *Tabla N° 13*

En cuanto a las **preguntas relacionadas a los medicamentos** en los **Formato Test** (anexo N° 01 - Herramientas) aplicados al grupo de estudio y grupo control, se evidenció:

- Pregunta N° 01

Con respecto al nivel de conocimiento acerca de la acción del medicamento, los puntajes obtenidos en los grupos control y estudio a través de los cinco test, fueron sometidos al análisis de perfiles para dos grupos independientes. Se obtuvo un T^2 de Hotelling, $T^2 = 283.37$, al cual le corresponde un F de Snedecor con 5 y 59 grados de libertad, $F(5,59) = 53.08$, y a éste le está asociado un valor de

probabilidad de $p = 1.4E-20$. Puesto que $p = 1.4E-20 < 0.05 = \alpha$, se concluye en aceptar que el perfil del grupo estudio difiere significativamente del perfil del grupo control. **Tabla N° 14**

- Pregunta N° 02

Con respecto al nivel de conocimiento acerca del modo de administración del medicamento, los puntajes obtenidos en los grupos control y estudio a través de los cinco test, fueron sometidos al análisis de perfiles para dos grupos independientes. Se obtuvo un T^2 de Hotelling, $T^2 = 430.77$, al cual le corresponde un F de Snedecor con 5 y 59 grados de libertad, $F(5,59) = 80.68$, y a éste le está asociado un valor de probabilidad de $p = 4.40E-25$. Puesto que $p = 4.40E-25 < 0.05 = \alpha$, se concluye en aceptar que el perfil del grupo estudio difiere significativamente del perfil del grupo control. **Tabla N° 15**

- Pregunta N° 03

Con respecto a la frecuencia horaria de administración del medicamento, los puntajes obtenidos en los grupos control y estudio a través de los cinco test, fueron sometidos al análisis de perfiles para dos grupos independientes. Se obtuvo un T^2 de Hotelling, $T^2 = 64.33$, al cual le corresponde un F de Snedecor con 5 y 59 grados de libertad, $F(5,59) = 12.05$, y a éste le está asociado un valor de probabilidad de $p = 4.67E-08$. Puesto que $p = 4.67E-08 < 0.05 = \alpha$, se concluye en aceptar que el perfil del grupo estudio difiere significativamente del perfil del grupo control. **Tabla N° 16**

- Pregunta No 04

En cuanto a los efectos secundarios, los puntajes obtenidos en los grupos control y estudio a través de los cinco test, fueron sometidos al análisis de perfiles para dos grupos independientes. Se obtuvo un T^2 de Hotelling, $T^2 = 737.12$, al cual le corresponde un F de Snedecor con 5 y 59 grados de libertad, $F(5,59) = 138.06$, y a éste le está asociado un valor de probabilidad de $p = 3.12E-31$. Puesto que $p = 3.12E-31 < 0.05 = \alpha$, se concluye en aceptar que el perfil del grupo estudio difiere significativamente del perfil del grupo control. **Tabla N° 17**

En cuanto al perfil general de conocimientos de los pacientes de los dos grupos, los puntajes obtenidos en los grupos control y estudio a través de los cinco test, fueron sometidos al análisis de perfiles para dos grupos independientes. Se obtuvo un T^2 de Hotelling, $T^2 = 826.31$, al cual le corresponde un F de Snedecor con 5 y 59 Grados de Libertad, $F(5,59) = 154.77$, y a este le está asociado un valor de probabilidad de $p = 1.40E-32$. Puesto que $p = 1.40E-32 < 0.05 = \alpha$, se concluye en aceptar que el perfil del grupo estudio difiere **significativamente** del perfil del grupo control. *Tabla N° 18.*

Para finalizar, se realizó un análisis de tendencia para determinar que tiempo se recomienda para realizar nuevamente el proceso de Consejería Farmacéutica, que evidenció que el ultimo tiempo (T4) es el límite para realizar otra Consejería pues los pacientes presentaron un 42.60%, que el valor más bajo en el perfil general de conocimiento (tabla N° 18); además esto de correlacionarse en el análisis de confiabilidad-validez (anexo N° 02), porque en dicho tiempo el coeficiente de Spearman-Brown resultó negativo.

V: DISCUSIÓN

Luego de realizada la Consejería Farmacéutica, con los resultados obtenidos a las **preguntas generales** del formato de exploración de la aceptación de la Consejería Farmacéutica, se estableció que el 46,90% de los pacientes conocen los efectos secundarios de la mayoría de sus medicamentos. La capacidad del paciente de reconocer los posibles efectos secundarios como tales y que además lo asocie a un determinado medicamento, aparte de mostrar a una persona mucho más atenta a sus síntomas, ratifica que la Consejería Farmacéutica es una estrategia para mejorar el conocimiento acerca de los posibles efectos secundarios (46.90%), la acción del medicamento (59.4%), así como a los cuidados que debe tener para tomar sus medicamentos (53.12%) y el momento en que debe tomarlos (68.8%). (*Tablas N° 07, N° 10, N° 08, N° 11,).* ^{29, 30}

Al igual que Marcel L. Bouvy y otros autores ^{26, 29, 31, 32} se puede decir que todo esto es posible gracias a la intervención del farmacéutico. Él puede mejorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA). Los farmacéuticos van mejorando cada vez más el cuidado al paciente, expandiendo funciones y brindando Consejería acerca del cumplimiento y potenciales interacciones medicamentosas. ^{33, 34, 35}

En el grupo de estudio se observa además que el 6,25% de los pacientes que olvidaron tomar su medicación durante su estancia en el hospital, están dentro de un rango aceptable, de acuerdo a los resultados en la investigación realizada por Yongtae ³² que refiere que el incumplimiento en los hospitales se da en un 10% de los pacientes; por otro lado Anchal Sud y col determinaron que tras el síndrome coronario agudo sufrido, no todos los pacientes continúan tomando sus medicamentos o no los toman exactamente como les indica el médico. ^{36, 37} Además Galt K ³⁸ encontró que el 86% de los pacientes en su investigación deseaban discutir sobre los medicamentos con un Farmacéutico y el 58% deseaba visitas formales en casa.

En general estos porcentajes representan la preocupación del paciente y por lo tanto oportunidades de intervención del farmacéutico procurando la mejora del cumplimiento

de la terapia; lo cual está asociado con una menor mortalidad y ahorro de dinero.^{26, 30, 31, 39,}
40

En el formato de exploración de la aceptación de la Consejería Farmacéutica, el 75.0% de la población del grupo de estudio considera indispensable conocer su medicamento (tabla N° 04). Este interés de la población también se refleja en los datos obtenidos del Formato Test, en el que resalta la elevación de la curva del grupo de estudio en los gráficos de las tablas N°14, N°15, N°16, N° 17. Este notable incremento del conocimiento es el principal motivo de la Consejería Farmacéutica. Este 75.0% de interés del grupo de estudio obtenido en este trabajo, supera al conseguido por Schnipper J., donde sólo el 49.0% de los pacientes que recibieron Consejería Farmacéutica muestran su interés solicitando aclaración acerca de su terapia.²⁹

En todos los gráficos que resultan del formato test (tablas N°14, N°15, N°16, N° 17), los puntos T0 del grupo de estudio y control son los más bajos; evidenciando el escaso conocimiento que los pacientes tienen acerca de su medicación a pesar de no ser la primera vez que lo consumen.

En general, en todos los gráficos (tablas N°14, N°15, N°16, N° 17), se observa como el conocimiento del grupo de estudio tiene un punto máximo T1, este punto refleja la retención de información que tiene el paciente justo después de terminada la Consejería Farmacéutica, estos altos valores de conocimiento pueden mejorar el cumplimiento de la medicación. Los puntos T2, T3, T4 de estos gráficos representa las intervenciones de seguimiento en el domicilio realizadas para conseguir los 03 test pos Consejería, las intervenciones de seguimiento no son una nueva Consejería, por ello se observa que la curva sigue una caída natural, que es mayor a partir de los puntos T3 y refleja la necesidad de una nueva Consejería Farmacéutica.

En el gráfico de la tabla N°14 se expresa el nivel de conocimiento de la acción del medicamento, la caída en el punto T2 del grupo de estudio es mucho mayor que en los demás gráficos, debido a que se emplearon datos extremos de un porcentaje de pacientes; sin embargo, en el mismo gráfico se observa que el conocimiento del grupo de estudio nuevamente se eleva en el punto T3, eso según los mismos pacientes esta relacionado a la frecuencia horaria y al tipo de dieta a la que estuvieron acostumbrados en el hospital.

Según Hayes RB ³⁹, los métodos para lograr la mejora del cumplimiento son muy complejos y no muy efectivos, la innovación es necesaria para asistir a los pacientes para que sigan la medicación necesaria.

En los puntos T4 del grupo de estudio en todos los gráficos (tablas N°14, N°15, N°16, N°17) se observa una caída normal, debido a que la información brindada en la Consejería Farmacéutica en el hospital fue olvidada y/o el paciente o familiares no recuerden el manejo o forma de uso del formato de ayuda para el cumplimiento de la terapia.

En cuanto a la curva del grupo control, en todos los gráficos (tablas N°14, N°15, N°16, N°17), se observa que el conocimiento al inicio T0 es ligeramente mayor que la de los demás puntos T1, T2, T3, T4 en la curva; debido a que se trabaja con pacientes no debutantes es decir que ya fueron diagnosticados anteriormente con SCA y por lo tanto tienen un conocimiento base sobre sus medicamentos. Se visualiza también que durante el tiempo, este conocimiento disminuye y definitivamente es mucho menor al del grupo de estudio. La razón es que este grupo control no recibe ningún tipo de orientación diferente al que brinda el personal de enfermería en el alta hospitalaria, pues es el personal responsable de la dispensación directa hacia el paciente; por lo tanto no hay alguna clase de reforzamiento del conocimiento o formato de ayuda.

La relevancia significativa de la Consejería Farmacéutica se demuestra en los resultados estadísticos, donde se observa que el conocimiento de los pacientes acerca de los medicamentos se mantiene por un periodo mayor en comparación con los pacientes que no la reciben.

Sólo en el perfil de efectos secundarios se observó una ligera tendencia inferior del grupo en estudio con respecto al grupo control; relacionada al nivel de información de los efectos secundarios. Mientras que el grupo control identificaba de 1 a 2 efectos secundarios como máximo, el grupo de estudio identificó de 2 a 3 efectos por medicamento; dicho aumento es explicado por el tiempo de práctica y repaso por parte del grupo de estudio.

Como todo conocimiento con el tiempo existe un grado de olvido; así en el perfil de acción del medicamento en el tiempo (T2) se observa una caída predominante, entendida por la edad de las personas que al tener la capacidad de retención disminuida y ante un test tienen mayor probabilidad de fallo, así se observó una tendencia mucho mayor de retención en el tiempo por parte del grupo de estudio.

Acorde con Blanca Agramante⁴¹, el aprendizaje del adulto mayor es coincidente con su desarrollo biopsicosocial, las necesidades reales de aprendizaje del adulto mayor están enmarcadas en la comunicación intergeneracional por lo que la tercera edad no está exenta de potencialidades y de necesidades educativas que coinciden con su percepción de aprendizaje.

Luis Varela⁴² refiere que el deterioro cognitivo es una condición frecuente entre los adultos mayores hospitalizados y se encuentra asociado a un gran número de síndromes y problemas geriátricos, que confiere a esta condición, una naturaleza compleja y de difícil manejo.

Sin embargo, a excepción de los resultados en el perfil de frecuencia horaria, todos los demás presentan una tendencia a disminuir hasta un 43,55%, este porcentaje concuerda con el trabajo de Kramer⁴³ que determinó que sólo el 45.0% de los pacientes toman con regularidad sus medicamentos tras abandonar el hospital. O'Connors⁶ manifiesta que el porcentaje de cumplimiento de la terapia en pacientes de enfermedades crónicas como el síndrome coronario agudo en clínicas de estudio es alto, pudiendo llegar a porcentajes promedios de entre 43.0 a 78.0%.²⁶

Este porcentaje (43,55%) es una ALERTA que pone en sobre aviso de cómo el nivel de conocimiento del paciente disminuye en función del tiempo, por ello se debe considerar el brindar la Consejería Farmacéutica de forma periódica. Si bien la disminución del conocimiento es el factor que se evalúa, se debe tener en cuenta los otros factores como el aburrimiento del paciente por la poli medicación, el aumento de los costos de los medicamentos, escasez de los medicamentos, complejidad de los nuevos medicamentos, elevadas expectativas insatisfechas sobre la acción de los medicamentos y creencias que contribuyen a la caída de la curva.^{8, 23, 36, 29, 44}

Se señala la concordancia de este trabajo con Hayes y col ³⁹, quienes manifiestan que todos los beneficios de los medicamentos (mejorar síntomas, curar la enfermedad) no se observan, sino lo que se observa es la mejora en el cumplimiento de la terapia por parte del paciente.^{30, 31, 40} A demás de esta complejidad de factores, los porcentajes de la mejora del cumplimiento de las terapias directamente proporcional a simple intervenciones.^{23, 43}

Al analizar el gráfico de perfil general (tabla N° 18) se observa que a partir del punto T1 se ilustra la progresiva caída en los puntos T2, T3, T4 que expresa la disminución de la retención de la información brindada en la Consejería Farmacéutica, que sugiere la necesidad de implementar la Consejería Farmacéutica en cada visita domiciliaria^{37, 45, 46}. El desarrollo de esta Consejería Farmacéutica podría ir integrada a programas que el hospital ya tiene establecidos (programa de apoyo domiciliario- PADOMI) o durante las visitas de los pacientes a los consultorios médicos⁶, con el objetivo de que el paciente conserve un elevado nivel de conocimiento acerca de sus medicamentos y levantar la curva en los puntos T2, T3, T4.^{30, 35}

Sin embargo esta implementación de la Consejería Farmacéutica como estrategia educativa²⁶, necesitará del tiempo de un químico farmacéutico y de dinero para avalar su inserción dentro del grupo de seguimiento domiciliario, lo que significa una mayor demanda de químicos farmacéuticos.²³

VI: CONCLUSIONES

1. La Consejería Farmacéutica mejora el conocimiento acerca de la medicación en los pacientes (acción, modo, frecuencia y posibles efectos secundarios del medicamento) durante un tiempo no mayor de 2 meses.
2. La Consejería Farmacéutica brinda a los pacientes un mejor nivel de calidad de vida por lo que genera una sensación de bienestar y seguridad complementaria a las atenciones hospitalarias que necesita ser periódicamente reforzado en el ámbito domiciliario.
3. La Consejería Farmacéutica es un valor agregado del servicio asistencial hospitalario y necesita de presupuesto para su implementación.

VII: RECOMENDACIONES

1. Realizar posteriores estudios con mayor tamaño de muestra para seguir validando dichas conclusiones.
2. Implementar la Consejería Farmacéutica en los hospitales de manera progresiva, iniciando con los servicios que presenten índice altos en patologías crónicas.
3. Formar grupos de Consejería Farmacéutica estables que brinden este servicio de manera permanente.
4. Auditar y certificar los procesos y procedimientos de la Guía de la Consejería Farmacéutica.
5. Aplicar un Sistema de Gestión a la Consejería Farmacéutica.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CDI. Relaciones de trabajo entre médicos, farmacéuticos y pacientes [monografía en CD-ROM]. Ginés G. G. *Reingeniería Farmacéutica: Principios y Protocolos de la atención al paciente*. 2nd Ed. Buenos Aires, Argentina. 2005
2. Congreso de la República del Perú. Ley General de Salud N° 26842. Lima, Perú 1997. http://www.minsa.gob.pe/leyes/126842_lgs/
3. Fernández M.E., Hernández R.L., Rodríguez L., Licea S.M., Cuba V.M., Hernández M.L., et al. Logros del Servicio de Información de Medicamentos en Cuba. *Revista O.F.I.L.* Vol. 1; No 1, pp :31-38. 2000
4. American Society of Health-System Pharmacists. Best Practices for Health-System Pharmacy. *Guidelines on Pharmacist-Conducted Patient Education and Counseling*. pp: 176 – 178. 2002
5. Leonard E. E. Implementing Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Modify Cardiovascular Disease Risk in Adults With Diabetes. *Cardiovascular Review Rep.* Vol. 4, No 6, pp: 306-312. 2003
6. O'Connor Patrick, J. Improving Medication Adherence. Challenges for Physicians, Payers, and Policy Makers. *Archives of Internal Medicine*;166:1802-1804.2006
7. Hitti Miranda. Public Often Misunderstands Heart Failure. *American Heart Journal* ;152:454.e1-454.e8. 2006
8. Phatak Hemant M, Thomas III Joseph and Col. Relationships Between Beliefs about Medications and Nonadherence to Prescribed Chronic Medications. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 40, No. 10, pp. 1737-1742. 2006
9. Delgado P. G., Carreño Q. R. Barreto R. K., Hernández P. M. Atención Farmacéutica: Una propuesta metodológica de aprendizaje para la práctica de la Atención Farmacéutica en farmacias de la comunidad. 1era Edición. Lima, Perú. 2004.
10. Feldman R, and col. Adherence to Pharmacologic Management of Hypertension. *Canadian Journal Public Health*. Vol. 89, pp: I16-I18. 1998.

11. Vrijens B and Goetghebeur E. Comparing Compliance Patterns between Randomized Treatments. *Control Clinical Trials*. Vol. 18, pp: 187-203. 1997.
12. Haynes Brian, R. y col. Helping Patients Follow Prescribed Treatment. *JAMA*; 288:2880-2883.2002
13. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: *La contribución de las instituciones de salud en América Latina*. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS), Unidad de Organización de Servicios de Salud (THS/OS06/7). Santiago de Chile, Chile.2006.

<http://pwr-chi.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=233>
14. Panel de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharmaceutica* . Vol. 43, No 3-4, pp: 175-184. 2002
15. Grupo de Consenso en Atención Farmacéutica. Madrid: MSC;2001
16. World Organization of Family Doctors (WONCA). Classification Committee. *An international glossary for general/family practice*. *Family Practice*. Vol. 12, No 3, pp: 341-369.1995
17. Grupo de Fármacovigilancia INVIMA/UN. Suplemento No 01 al Boletín de Fármacovigilancia No.12. Fármacovigilancia: Conceptos en evolución, reto para una practica creativa.

<http://www.invima.gov.co/version1/farmacovigilancia/suplemento1boletinNo.12.pdf> . Revisado Enero2007.
18. Pfizer. Mide tus riesgos cuídate del corazón. Enfermedades cardiovasculares.2006.

<http://www.midetusriesgos.com>.
19. Gloria C.C., Francisca C.L. Guía para Elaborar Proceso y Registros de Enfermería. 1ra Ed. Lima. Vol. 5-9.2002
20. Miller DK, Woodward RS, Spitznagel E, Przybeck TR. The Effect of Prescribed Daily Dose Frequency on Patient Medication Compliance. *Archives of Intern Medicines*. Vol. 150, pp: 1881-1884. 1990
21. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, 2003.

22. OMS. The importance of Pharmacovigilance. *Uppsala, Centro colaborador de la OMS para la vigilancia farmacéutica internacional*. 2002.
23. Shibley MC, Pugh CB. Implementation of pharmaceutical care services for patients with hyperlipidemias by independent community pharmacy practitioners. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 31, No. 6, pp. 713-719, 1997
24. Calvo A. Adherencia a Terapia. *Revista Medica Herediana*. Vol. 12, No 4. 2001
25. Tindall W., Beardsley r., Kimberlin C. Communication skills in Pharmacy Practice. Pennsylvania: Editorial Lea & Febiger, 1994.
26. Lars Osterberg, M.D., and Terrence Blaschke, M.D. Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 353, No 5, pp: 487-497. 2005.
27. Tarn Derjung M, Heritage John; and Col. Physician Communication when Prescribing new Medications. *Archives of Internal Medicine*. Vol. 166, pp:1855-1862. 2006
28. Sandi J., Arias L. Impact of pharmaceutical induction process on HIV/AIDS patients adherence to HAART, Hospital San Juan de Dios. Costa Rica. *Seguimiento Farmacoterapeutico*. Vol. 1, No 2, pp: 43-48.2003
29. Schnipper Jeffrey L, Kirwin Jennifer L and Col. Role of Pharmacist Counseling in Preventing Adverse Drug Events After Hospitalization. *Archives of Intern Medicine*. Vol. 166, pp: 565-571. 2006
30. Shibley MC and Pugh CB. Implementation of Pharmaceutical Care Services for Patients with Hyperlipidemias by Independent Community Pharmacy Practitioners. *Annals of Pharmacotherapy*. Vol. 31, No. 6, pp:713-719.1997
31. Simpson Scot H, Eurich Dean T and Col. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *British Medical Journal*. Vol. 333.No. 15. 2006
32. Oh Yongtae, Mccombs Jeffrey S., Cheng Rebecca A., Johnson Kathleen A.. Pharmacist Time Requirements for Counseling in an Outpatient Pharmacy. *American Journal of Health-System Pharmacy*. Vol. 59, No 23, pp:2346-2355. 2002
33. Patton K, Meyers J, Lewis BE. Enhancement of compliance among patients with hypertension. *American Journal Management Care*. Vol. 3, pp:1693-1698. 1997.

34. Maro EE, Lwakatare J. Medication compliance among Tanzanian hypertensives. *East African Medicine Journal* . Vol. 7; No. 74, pp: 539-542. 1997.
35. Ross FM. Patient compliance - whose responsibility? *Society Science Medicine* Vol. 32, pp: 89-94. 1991
36. Anchal Sud and col. Adherence to Medications by Patients After Acute Coronary Syndromes. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 39, No. 11, pp. 1792-1797. 2005.
37. Tsuyuki Ross T. y Col. A Randomized Trial of the Effect of Community Pharmacist Intervention on Cholesterol Risk Management. The Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP) *Archives of Internal Medicine*. 162:1149-1155. Vol. 162 No. 10, May 27, 2002
38. Galt K, Skrabal M, Abdouch I et al. Using Patient Expectations and Satisfaction data to Design a New Pharmacy Service Model in a Primary Care Clinic. *Journal Management Care Pharmacy*. Vol. 3, pp: 531-540.1997
39. Haynes R B y col. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2:CD000011-CD000011.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db=pubmed&list_uids=12076376&dopt=Abstract. Revisado Enero2007.
40. Bouvy Marcel, L. y col. Effect of a pharmacist-led intervention on diuretic compliance in heart failure patients: a randomized controlled study. *Journal of Cardiac Failure*. Vol. 9, No 5, pp: 404-441. 2003
41. Agramante A. B., Miranda M. M, Herrera J. L. Percepción del aprendizaje desde el adulto mayor. Universidad Central de Las Villas – Cuba. Facultad de Psicología. 2005.
42. Varela L., Chavez H., Galvez M., Méndez. Características de deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista Soc. Per. Med. Inter*. 17(2)2004 pp.37-42
43. Kramer Judith M. y col. National evaluation of adherence to [beta]-blocker therapy for 1 year after acute myocardial infarction in patients with commercial health insurance. *American Heart Journal*. Vol. 152, No.3, pp. 454-460, 2006.

44. Hemant M Phatak, PhD. Relationships Between Beliefs about Medications and Nonadherence to Prescribed Chronic Medications. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 40, No. 10, pp. 1737-1742. 2006.
45. Simpson Ross J. Challenges for Improving Medication Adherence. *JAMA*, Vol 296, No 21, pp. 2614-2616. 2006.
46. Brown Anthony J. Poor Adherence With Post-MI Beta-Blocker Therapy Reported. *American Heart Journal*, 152:454.e1-454.e8. 2006

ANEXOS

HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

DEPARTAMENTO DE FARMACIA



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....,
identificado con DNI N°, paciente del Servicio de Cardiología del Hospital
Nacional Edgardo Rebagliati Martins:

Acepto participar en forma voluntaria en el programa: **“CONSEJERÍA
FARMACÉUTICA: CONOCIMIENTO DE LA MEDICACIÓN EN
PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2006”**

Declaro que:

- He leído la hoja de información
- He podido hacer preguntas acerca la investigación
- He recibido suficiente información sobre la investigación
- He hablado con: Manuel Nuñez Araoz () Mary Vicente Alfaro ()

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando yo desee
- Sin dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Estando plenamente informado de lo expuesto en los tres puntos anteriores, **DOY MI
CONSENTIMIENTO** al Investigador para la realización de la Consejería Farmacéutica, con
todo lo expresado en este documento y sin necesidad de autenticación por notario, lo suscribo.

Fecha: / /

.....
Firma del Participante
(Paciente)

.....
Firma de la persona
Responsable o Familiar

HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS



DEPARTAMENTO DE FARMACIA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, *DECANA DE AMÉRICA*)

FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



HOJA INFORMATIVA



**¿CUÁNTO SABE DE
SU MEDICAMENTO?**



**CONSEJERÍA FARMACÉUTICA:
ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL NIVEL
DE CONOCIMIENTO DE LA MEDICACIÓN
EN PACIENTES CON SÍNDROME
CORONARIO AGUDO HOSPITALIZADOS
EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA –
H.N.E.R.M.**

(Abril 2006 – Octubre 2006)

Br. Vicente Alfaro Mary
Br. Nuñez Araoz Manuel

PRESENTACIÓN

En la actualidad la poca información manejada por el paciente sobre el adecuado uso, administración de medicamentos, efectos secundarios y medidas profilácticas en muchos casos genera desconfianza en sus medicamentos.

Ante esta problemática surge la **CONSEJERIA FARMACÉUTICA** como alternativa y solución que ayudará al paciente a **MEJORAR** el **NIVEL DE CONOCIMIENTO** que debe manejar el paciente, que conlleve a mejorar **SU CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA**.

CONSEJERÍA FARMACÉUTICA

La Consejería Farmacéutica busca concientizar al paciente acerca de sus medicamentos y su enfermedad, además de informar sobre los beneficios y limitaciones de la



farmacoterapia para garantizar el correcto uso de toda su medicación.

**EL CONOCER SOBRE SU ENFERMEDAD
Y MEDICAMENTOS AUMENTA LA
PROBABILIDAD DE ÉXITO DEL
TRATAMIENTO.**

OBJETIVO PRINCIPAL

**CONCIENTIZAR AL PACIENTE SOBRE SU
ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO PARA QUE USTED,
EL PACIENTE, MEJORE SU SALUD EN EL MENOR
TIEMPO POSIBLE.**

FIN DE LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA

1.- PARA EL PACIENTE

Evitar los problemas relacionados al medicamento, promover la correcta administración del medicamento y mejoramiento rápido.

2.- PARA EL FARMACÉUTICO

Comprobar que los pacientes tienen suficiente comprensión, conocimiento, y habilidad para seguir con su tratamiento.

3.- PARA EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Demostrar que la Consejería Farmacéutica mejora la salud del paciente.

4.- PARA EL HOSPITAL

Mejorar la calidad de servicio en pacientes hospitalizados

¿LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA ME COSTARÁ?

La consejería Farmacéutica NO TIENE COSTO ALGUNO, sólo UN POCO DE SU TIEMPO, que desde ya, ¡ES IMPORTANTE! PARA NOSOTROS!, considérelo como una GRAN INVERSIÓN, ya que la información proporcionada le será muy valiosa.

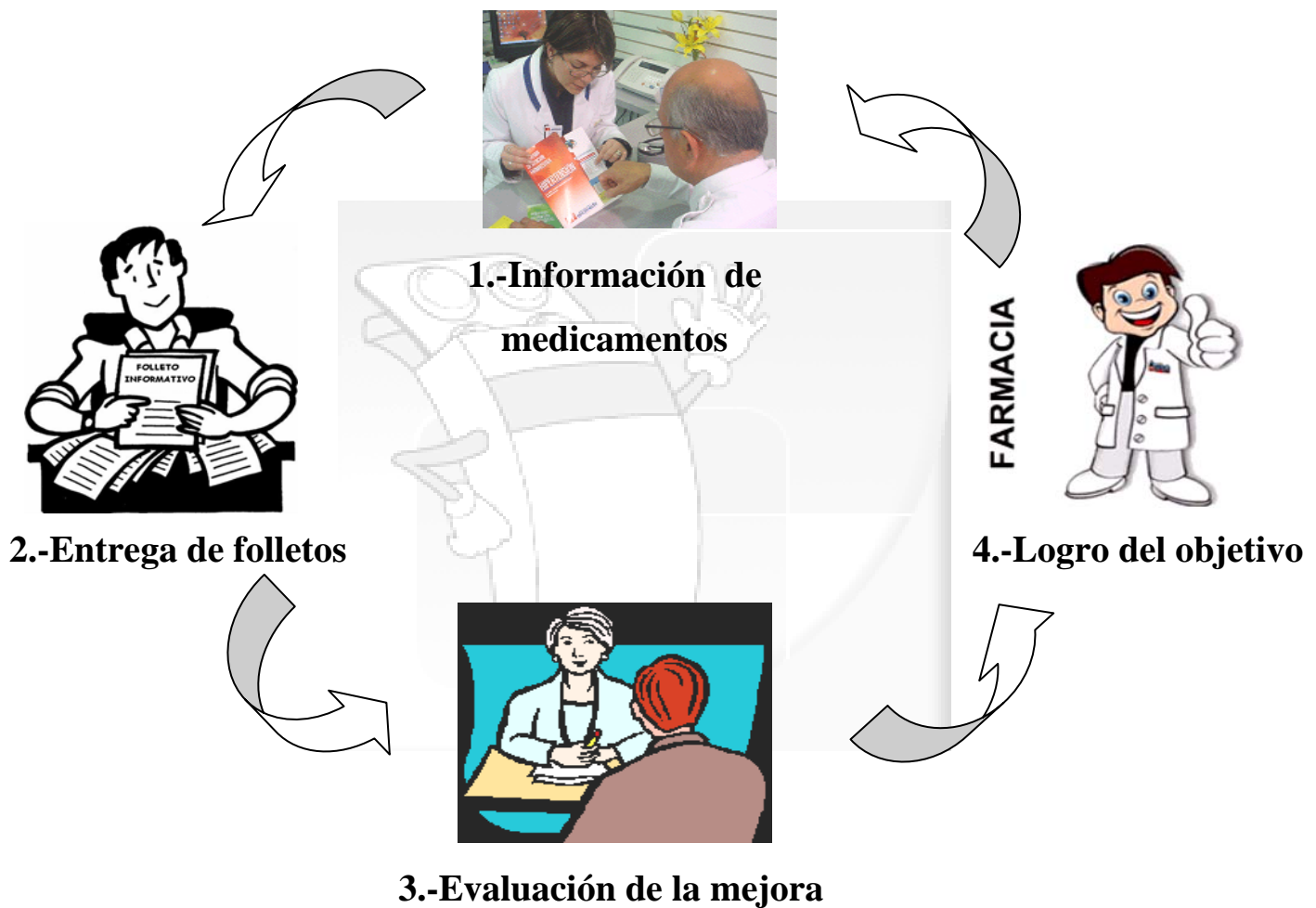
MENA-MVA

¿ES IMPORTANTE CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO?

¡SÍ ES IMPORTANTE!

SU COMPROMISO CON EL PLAN DE TRATAMIENTO ES DETERMINANTE; LOS ESTUDIOS DEMUESTRAN QUE LOS PACIENTES QUE TOMAN CORRECTAMENTE LOS MEDICAMENTOS LOGRAN LOS MEJORES RESULTADOS.

CONSEJERÍA FARMACÉUTICA



ROL DEL PROFESIONAL QUÍMICO FARMACÉUTICO

- 1.- Aconsejar
- 2.- Motivar a los pacientes
- 3.- Resolver preguntas basadas en información actualizada

ANEXO N° 01

GUÍA PARA LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

Autores:

Br. Manuel Elias Nuñez Araoz

Br. Mary Vicente Alfaro

Coordinación:

Mg. Juárez Eyzaguirre José

Q.F. Esp. Gutiérrez Briones María R.

2007

INDICE

I.- Introducción

II.- Metodología

III.- Responsabilidades

IV.- Protocolo para Consejería

Manual de Procedimientos

V.- Herramientas

Flujogramas

Formatos

Rotafolio

I.- INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades cardiovasculares constituyen en la actualidad una de las causas de muerte en nuestro país, siendo el Síndrome Coronario Agudo una de las causas principales. La promoción de hábitos de vida saludables y la intervención sobre los factores de riesgo cardiovascular han tenido un amplio desarrollo en las consultas de atención primaria, implicando a todo el equipo multidisciplinario de salud.

El Farmacéutico juega un papel muy importante como asesor sanitario en el sistema de salud a través de la Consejería Farmacéutica. La medición del entendimiento del paciente como parte del proceso de la Consejería Farmacéutica permite analizar las causas y efectos del mal cumplimiento de la terapia y sugiere mejoras para un adecuado uso de los medicamentos, facilita la comprensión de la enfermedad, de los medicamentos y mejora la calidad de vida del paciente (el proceso de la Consejería Farmacéutica constituye la herramienta científica que el Químico Farmacéutico utiliza para incrementar el conocimiento). Esta metodología se aplica bajo la forma de protocolos normalizados de actuación ante pacientes con Síndrome Coronario Agudo, los cuales tienen el objetivo final de mejorar la calidad de vida del paciente, para ello el Químico Farmacéutico utiliza sus capacidades y habilidades cognoscitivas para recolectar la información, evaluar y tratar las respuestas humanas de las personas identificando problemas reales y potenciales de salud.

Por lo antes dicho, la Consejería Farmacéutica es efectiva sí el paciente asimila la información y modifica su comportamiento, mejorando el cumplimiento de la terapia, como parte fundamental de la atención integral para el paciente con Síndrome Coronario Agudo (SCA), donde se evidencia la falta de guías de orientación, siendo un área importante en la que los químicos farmacéuticos deben participar mediante la Consejería Farmacéutica.

La presente guía está diseñada para que el Químico Farmacéutico disponga de una forma de brindar Consejería Farmacéutica a un paciente con Síndrome Coronario Agudo.

*Manuel E. Nuñez Araoz
Mary Vicente Alfaro*

II.- METODOLOGÍA

Se presenta las líneas básicas para la Consejería Farmacéutica. En la elaboración de la presente guía se ha tratado de reunir los informes técnicos disponibles hasta el momento:

- World Health Organisation Expert Comité. **Rehabilitation after cardiovascular disease with special emphasis on developing countries.** Technical report series 831. Genove: WHO; 1993
- Sociedad Peruana de Cardiología. **Protocolo para el Manejo de pacientes con Infarto de Miocardio Agudo Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”** Servicio de Cardiología. Lima; 1994
- American Collage of Cardiology and the American Heart Association. **Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardical Infarction.** 1996
- National Institute for Clinical Excellence. **Prophylaxis for patients who have experienced a myocardical infarction: drug treatment, cardiac rehabilitation and dietary manipulation.** Evidence-based Clinical Practice Guideline. North of England: NHS; 2001
- Grupo de Trabajo de Patología Cardiovascular de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. **Guía de Prevención Secundaria del Infarto de Miocardio en Atención Primaria.** Valencia; 2004

III.- RESPONSABILIDADES

1. La responsabilidad de la implementación de la Consejería Farmacéutica estuvo a cargo del Químico Farmacéutico responsable del Servicio de Cardiología.
2. La utilización de la Guía de Consejería Farmacéutica presentada en el presente trabajo estuvo bajo responsabilidad de los investigadores.

IV.- PROTOCOLO PARA CONSEJERIA

PRE CONSEJERÍA FARMACÉUTICA

(ACTIVIDADES PREVIAS A LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA)

Herramientas

Programación

CONSENTIMIENTO
INFORMADO

HOJA
INFORMATIVA

HOJA DE
CONTROL
INTRAHOSPITAL

HOJA DE REGISTRO
DE PACIENTES
GE - GC

OBJETIVOS:

- ❖ Informar al paciente acerca de la investigación
- ❖ Absolver cualquier tipo de interrogante acerca de la investigación.
- ❖ Si el paciente acepta:
 - Poner en claro los criterios de ética.
 - Poner en claro su compromiso y su participación activa mediante la firma del formato de consentimiento informado.

REQUISITOS:

- ❖ El paciente debe ingresar con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo al Servicio de Cardiología.

Inicio

El primer día de ingreso al área de Cuidados Generales.

Tiempo máximo

25 minutos

A.- PRE CONSEJERÍA: Charla con el Paciente (Explicación del Proyecto)
--

METODOLOGÍA:

1. Preparación de los investigadores (05 min)

- Asegurarse de la disponibilidad del paciente y familiar, para la charla informativa
- Leer la guía para repasar los procedimientos
- Asegurarse la presencia de las herramientas para la charla:
 1. Hoja informativa.
 2. Hoja de Consentimiento Informado.
 3. Documentos relacionados a la Consejería.
 - a. Hoja de control intrahospitalario.
 - b. Hoja de registro de pacientes GE, GC.

2. Presentación del trabajo ante el paciente (15 minutos)

- Explicar mediante una exposición en que consiste el trabajo a realizar.
- Establecer el objetivo de la Consejería Farmacéutica.
- El Químico Farmacéutico debe repasar los puntos clave de la hoja informativa:
 - ❖ Leer en voz alta los encabezados
 - ❖ Resumir los párrafos
 - ❖ Relacionar la información con la situación actual del paciente.
 - ❖ Los criterios de ética que se debe cumplir en todo momento.
- Permitir al paciente y/o familiar realizar cualquier tipo de pregunta.

No existirá tiempo máximo, se dispondrá del tiempo necesario hasta absolver todas las interrogantes tanto del paciente como del familiar después de la charla informativa.
- Pedir al paciente y familiar su aprobación por escrito para la participación en el trabajo, mediante la firma del consentimiento informado.
- En caso de que el paciente solicite información sobre una enfermedad concomitante y su respectiva terapéutica, se brindará información, la cual no estará incluida en el trabajo.

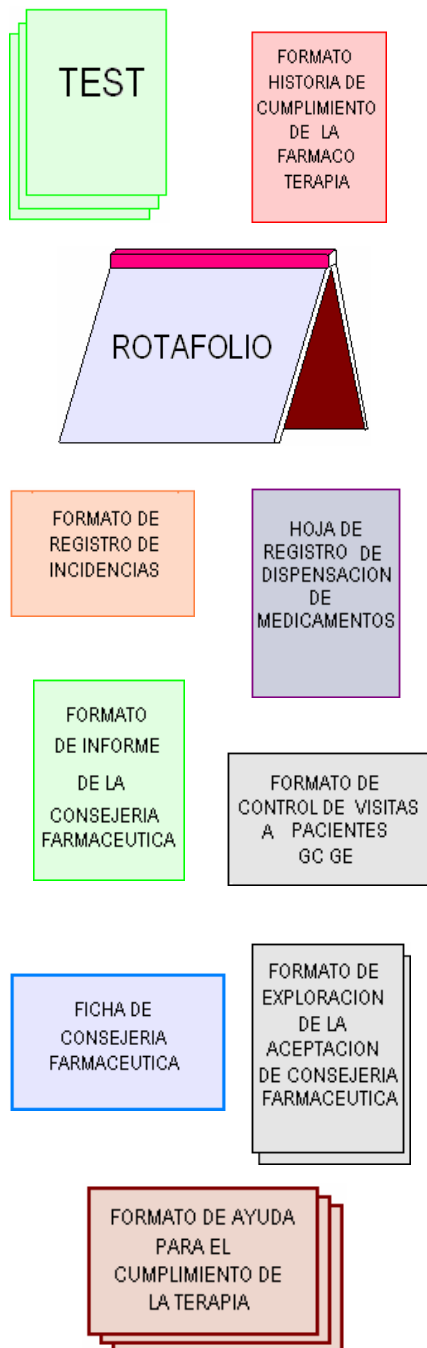
3.- Finalizar (05 minutos)

- Terminar acordando la fecha y hora de la siguiente sesión

CONSEJERÍA FARMACÉUTICA

Herramientas

Programación



OBJETIVOS:

- ❖ Determinar el nivel de conocimientos basal que el paciente maneja acerca de su medicación habitual en infarto de miocardio, antes de dar inicio a la Consejería. (*)
- ❖ Incrementar el nivel de conocimientos acerca de los puntos más importantes que debe conocer el paciente con su medicación habitual en Síndrome Coronario Agudo.
- ❖ Utilizar la ficha de Consejería durante y/o después de la Consejería

REQUISITOS:

- ❖ Aceptación por escrito tanto del paciente como del familiar responsable
- ❖ El paciente debe estar presente y lúcido en el momento de la charla (de preferencia acompañado con un familiar).

El número de sesiones es de 3 a 4 como máximo, para un paciente promedio hospitalizado en Cuidados Generales de 9 días, en caso de Alta anticipada, se ajustará los tiempos; prescindiendo de las sesiones de repaso.

Tiempo máximo

20 minutos por cada Sesión.

(*) Tanto el pre y post test, son uno, se variará sólo el orden de las preguntas. Para la validación de este test, se realizará una prueba piloto.

B.- CONSEJERÍA FARMACÉUTICA

ETAPAS:

- ❖ Aplicación del test pre Consejería. (test 0)
- ❖ Se realizará en 3 -4 sesiones como máximo:
- ❖ Se iniciará con una explicación de las generalidades de la enfermedad y se terminará con la mención de medidas profilácticas, para lo cual se utilizará el rotafolio un file para los pacientes, diseñado por los investigadores.
- ❖ Se terminará la última sesión de la Consejería Farmacéutica con la recomendación de acudir con el Químico Farmacéutico de hospital para absolver cualquier duda acerca de sus medicamentos.
- ❖ En caso de que el paciente pregunte por medicamentos fuera de petitorio y desee cambio de terapéutica, se derivará al medico tratante.
- ❖ En caso de que el paciente desee conocer sobre los medicamentos de una enfermedad concomitante, se le orientará, pero no se tomará en cuenta en el análisis del estudio.
- ❖ Aplicación del Test post Consejería y Formato de exploración de la aceptación de la Consejería Farmacéutica en el día del alta hospitalaria.

CONTENIDO DEL ROTAFOLIO

- Corazón: arterias
- Origen de SCA (fisiopatología)
- Complicaciones del SCA
- Factores de riesgo
- Síntomas frecuentes
- Fármacos en SCA (según acción terapéutica):
 - Atorvastatina 20mg.
 - Asa 100 mg, Clopidogrel.75mg
 - Captopril 25mg, enalapril.10mg

- *Amiodarona.200mg*
- *Isosorbide 5mg, 10 mg, 40 mg.*
- *Losartan, irbersartan.*
- *Furosemida 40mg , espironolactona.50mg, hidroclorotiazida*
- *Atenolol 100mg, propranolol, bisoprolol.75mg*
 - Acción terapéutica
 - Modo de administración
 - Frecuencia horaria de administración
 - Efecto secundarios
- Medidas profilácticas: estilo de vida y alimentación
- Acuda con el Químico Farmacéutico

METODOLOGÍA: (Se aplicará la misma metodología para cada sesión.)

1. Preparación de los investigadores (05 minutos)

- Asegurarse la disponibilidad del paciente y familiar para la charla informativa
- Leer la guía para repasar los procedimientos
- Asegurarse la presencia de las herramientas para la charla:
 1. Formato test.
 2. Rotafolio
 3. Documentos relacionados a la Consejería:
 - a. Formato de informe de la Consejería Farmacéutica.
 - b. Formato historia del cumplimiento de la farmacoterapia.
 - c. Formato de registro de incidencias.
 - d. Ficha de Consejería Farmacéutica.
 - e. Formato de control de visitas a pacientes GE y GC.
 - f. Hoja de registro de dispensación de medicamentos en el alta.
 - g. Formato de exploración de la aceptación de la Consejería Farmacéutica.
 - h. Formato de ayuda para el cumplimiento de la terapia.

2. Presentación del trabajo ante el paciente (15 minutos)

- Explicar mediante una exposición en que consiste la sesión.
- Establecer el objetivo de la Consejería Farmacéutica

- El Químico Farmacéutico debe repasar los puntos clave del rotafolio:
 - ❖ Leer en voz alta los encabezados
 - ❖ Resumir los párrafos
 - ❖ Relacionar la información con la situación actual del paciente.
 - ❖ Los criterios de ética que deben cumplir en todo momento.
 - ❖ En caso de enfermedad concomitante se puede brindar información, pero que no estará incluida en nuestro trabajo.
- Permitir al paciente y/o familiar realizar cualquier tipo de duda.

No existirá tiempo máximo, se dispondrá del tiempo necesario hasta absolver todas las interrogantes tanto del paciente como del familiar después de la charla informativa.
- Pedir al paciente y familiar su aprobación por escrito para la participación en el trabajo (Esto sólo se realizará en la primera sesión de la Consejería Farmacéutica).

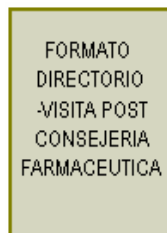
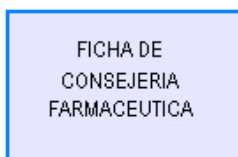
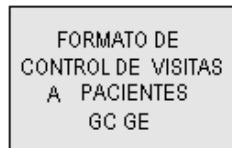
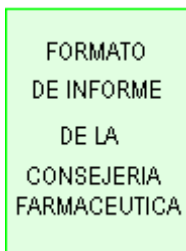
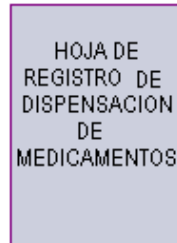
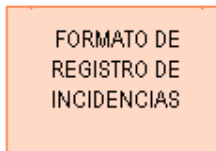
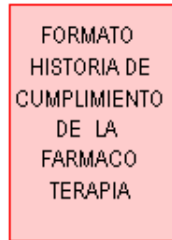
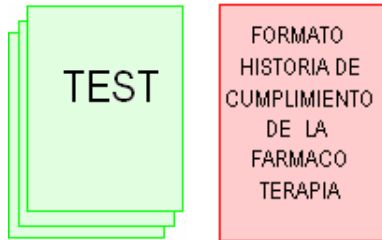
3.- Finalizar (05 minutos)

- Comprobar retención del mensaje del paciente mediante preguntas para recapitulación del tema.
- Terminar acordando la fecha y hora de la siguiente sesión
- Completar los formatos después de cada sesión, lejos de la vista del paciente.

POST CONSEJERÍA FARMACÉUTICA

Herramientas

Programación



OBJETIVOS:

- ❖ Determinar en cuanto incrementó el nivel de conocimientos y adherencia acerca de los puntos más importantes que debe conocer el paciente con su medicación habitual en Síndrome Coronario Agudo. (*)
- ❖ Realizar seguimiento en un periodo de 03 meses, acerca de cuánta información aún manejan los pacientes con respecto a sus medicamentos relacionados al SCA.

REQUISITOS:

- ❖ El paciente debe salir de la hospitalaria del Servicio de Cardiología

Tiempo máximo

20 minutos

(*) Tanto el pre y post test, son uno, se variará sólo el orden de las preguntas. Para la validación de este test, se realizará una prueba piloto.

C.- POST CONSEJERÍA:

METODOLOGÍA

1. En el día de Alta:

- ❖ Aplicación del test post Consejería. (test 1)
- ❖ Entrega de Formato de Ayuda para el Cumplimiento de la Farmacoterapia.
- ❖ Aplicación del Formato de Exploración de la Aceptación de la Consejería Farmacéutica.
- ❖ La Enfermera de turno entregará los medicamentos, haciéndole una sola pregunta:
- ❖ ¿Usted ha recibido la información acerca de sus medicamentos, le quedó todo claro?
 - Si, **la respuesta es afirmativa**, se le entregará sus medicamentos de alta.
 - Si, **la respuesta es negativa**, se llamará a uno de los investigadores para las aclaraciones respectivas.
- ❖ Asegurarse la presencia de las herramientas para la charla:
 1. Formato test.
 2. Rotafolio
 3. Documentos relacionados a la Consejería:
 - a. Formato de informe de la Consejería Farmacéutica.
 - b. Hoja de registro de dispensación de medicamentos.
 - c. Formato de exploración de la aceptación de la Consejería Farmacéutica.
 - d. Formato de ayuda para el cumplimiento de la terapia.

2. En los días de Post Alta:

- ❖ Los investigadores realizarán 03 a 04 visitas domiciliarias para evaluar la información retenida y el cumplimiento de la terapia del paciente mediante el test post Consejería que tendrá las mismas preguntas pero en orden diferente.
- ❖ Durante las visitas domiciliarias, se realizan intervenciones de seguimiento, es decirse absuelven dudas del paciente acerca de su medicación, con respuestas puntuales para evitar alterar la curva normal de olvido del paciente. Los investigadores además del test post Consejería e intervenciones de

seguimiento, realizarán actividades como control de la presión arterial, entre otros. Para evaluar el cumplimiento de la terapia también se observará el número de medicamentos en físico.

- ❖ Asegurarse la presencia de las herramientas para la charla:
 - 4. Formato test.
 - 5. Rotafolio
 - 6. Documentos relacionados a la Consejería:
 - a. Formato de informe de la Consejería Farmacéutica.
 - b. Formato historia del cumplimiento de la farmacoterapia.
 - c. Formato de registro de incidencias.
 - d. Ficha de Consejería Farmacéutica
 - e. Formato de control de visitas a pacientes GE y GC.
 - f. Hoja de registro de dispensación de medicamentos en el alta.
 - g. Formato de ayuda para el cumplimiento de la terapia.
 - h. Formato directorio visita post Consejería Farmacéutica.

PROCESO METODOLOGÍCO POST CONSEJERIA

Al terminar de realizar la Consejería en el hospital, el Químico Farmacéutico debe tener presente:

VALORACIÓN

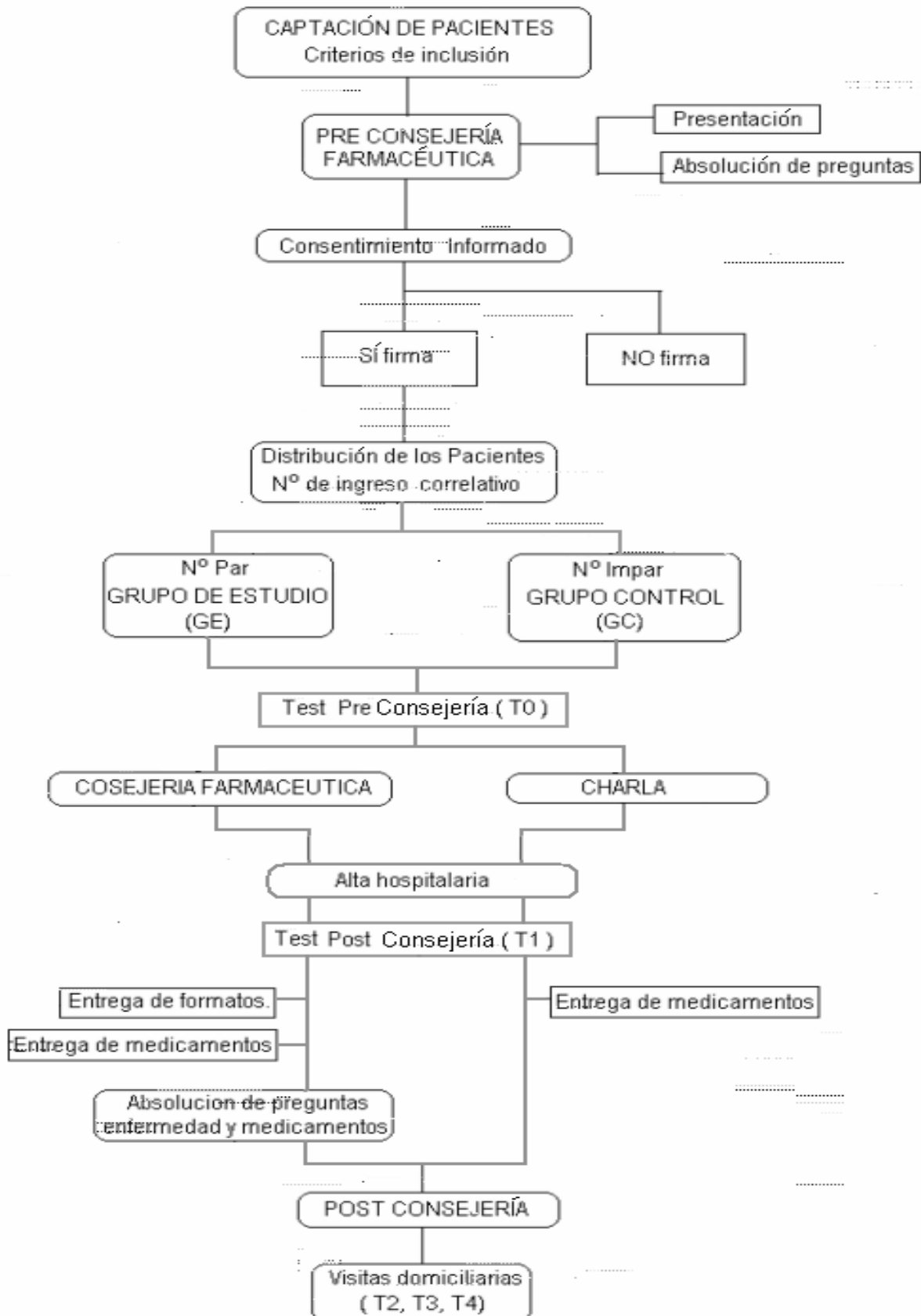
- **Finalidad:** Reunir información de la persona.
- **Tipos:**
 - ❖ Análisis inicial.
 - ❖ Análisis focalizado (en cada sesión).

DATOS

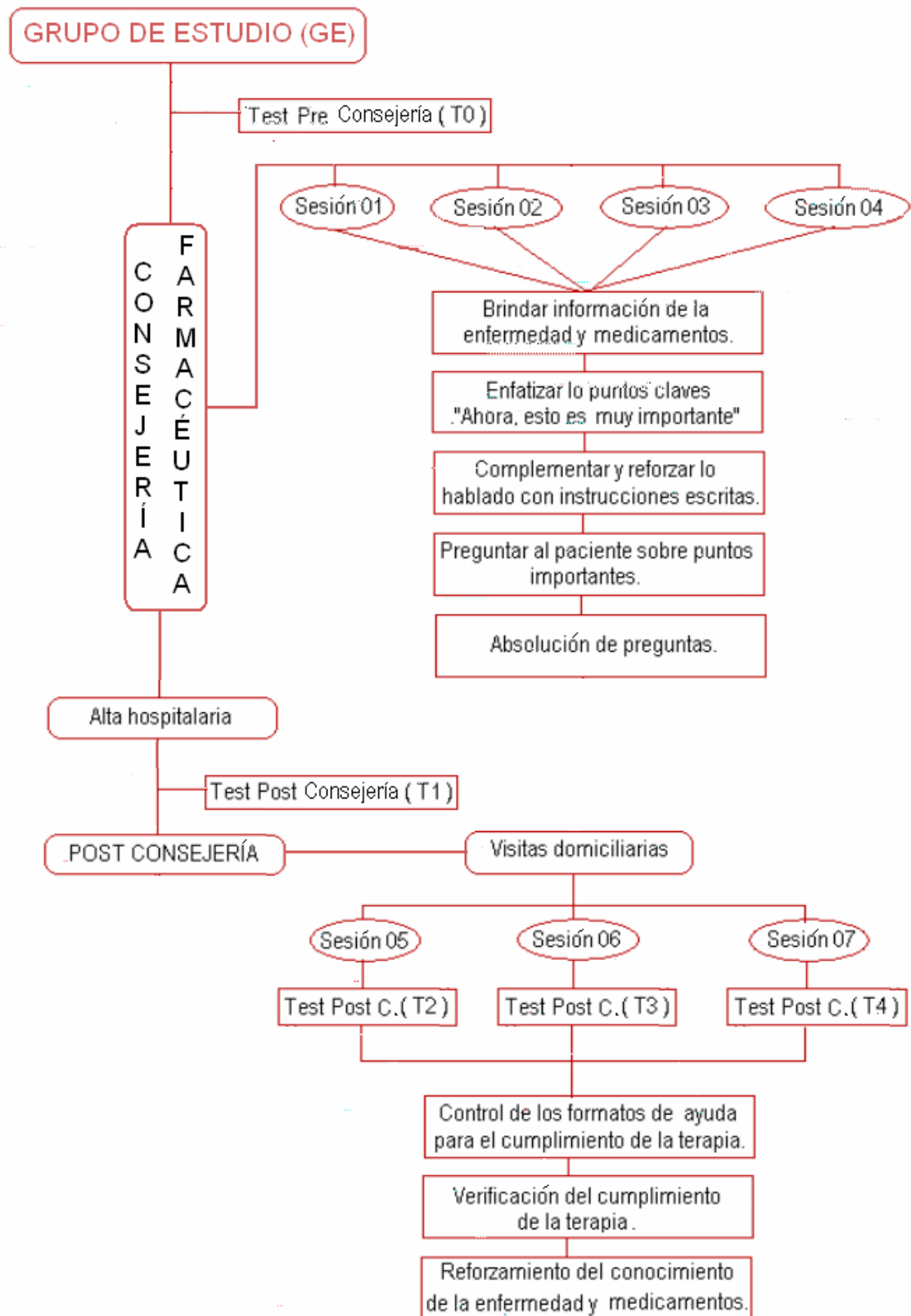
- **Tipos:**
 - ❖ Datos subjetivos.
 - ❖ Datos objetivos.
 - ❖ Datos reales.
 - ❖ Datos potenciales.
- **Método para obtención de datos**
 1. Observación
 - Medicamentos consumidos.
 - Uso de los formatos de ayuda para el cumplimiento de la terapia.
 2. Entrevista post Consejería
 - Planificación de la entrevista
 - Lugar
 - Tiempo
 - Disposición
 - Distancia
 3. Proceso de valoración
 - Recogida de datos
 - Organización de datos
 - Registro de datos

V.- HERRAMIENTAS

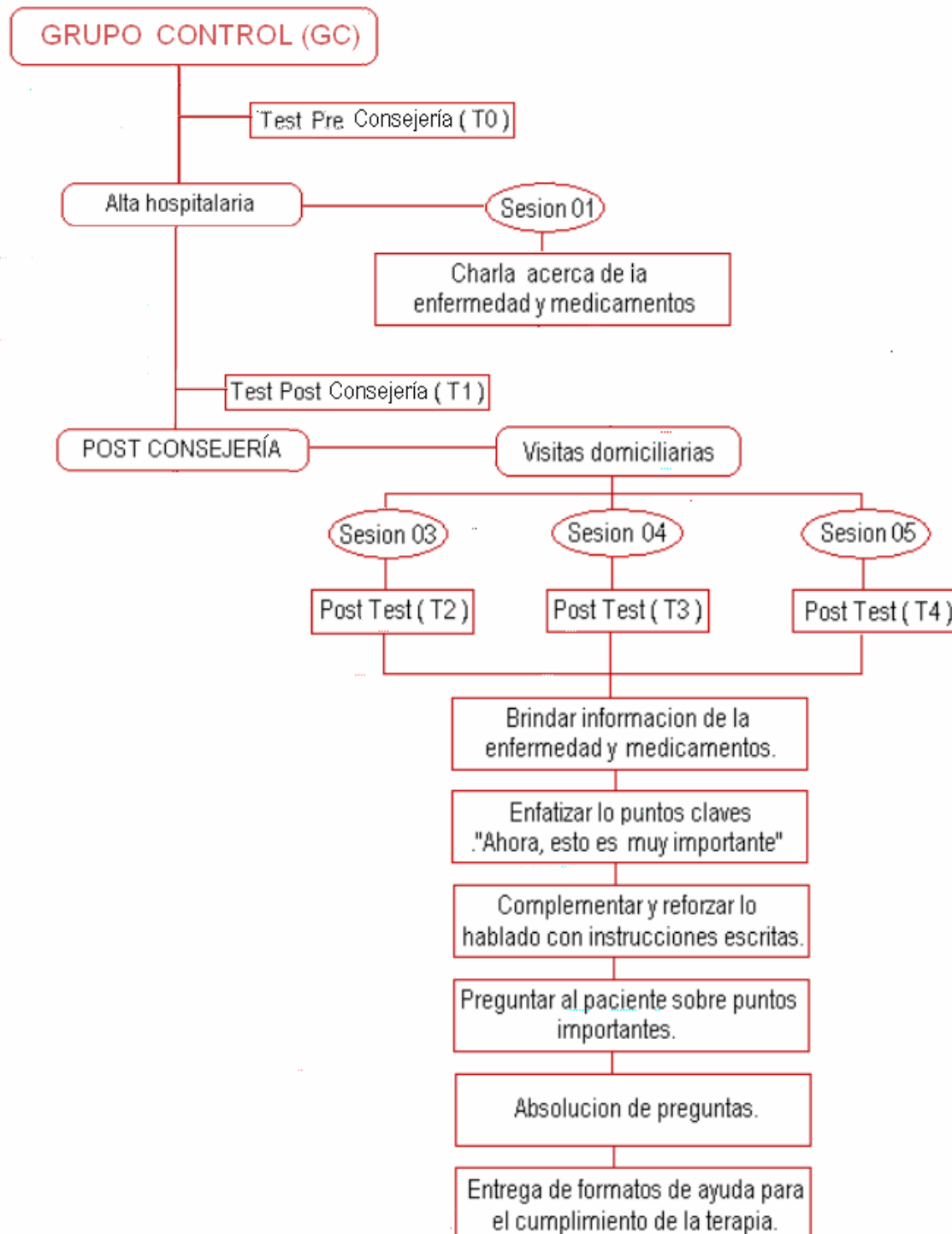
FLUJOGRAMA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA



FLUJOGRAMA DE LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA (GE)



FLUJOGRAMA DE LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA (GC)



FORMATOS

1. *Hoja informativa.*

La hoja contiene el resumen de lo que es la Consejería Farmacéutica, los objetivos y beneficios, se emplea para dar inicio al proceso de la Consejería Farmacéutica. Se aplica el primer día o un día después del ingreso del paciente, con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo, a la unidad de cuidados generales del Servicio de Cardiología.

2. *Hoja de Consentimiento Informado.*

La hoja se emplea como aceptación del paciente a participar voluntariamente en la Consejería Farmacéutica. Se aplica luego de la presentación con la hoja informativa a todos los pacientes, con diagnóstico ingreso de Síndrome Coronario Agudo, a la unidad de cuidados generales del Servicio de Cardiología.

3. *Hoja de control intrahospitalario.*

La hoja se emplea para llevar el registro de todos los pacientes que ingresan al Servicio de Cardiología con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo, lleva toda la información con respecto a los medicamentos con que ingresa al Servicio o los que le indica el médico en su primer día en el Servicio. Con esta hoja como base de nuestro conocimiento e interés por el paciente, se inicia la presentación de la Consejería Farmacéutica. Se aplica el primer día de ingreso del paciente a la unidad de cuidados generales del Servicio de Cardiología.

4. *Hoja de registro de pacientes GE, GC.*

Esta hoja sirve para llevar el control de los pacientes del grupo de estudio y control por separado, aquí se establece el código para cada paciente de ambos grupos, edad y diagnóstico de ingreso completo. Se aplica luego que el paciente firma el consentimiento informado.

5. *Formato de informe de la Consejería Farmacéutica.*

Este formato contiene información del paciente, se emplea para llevar el registro del avance de la Consejería Farmacéutica e indica que tema se realizó en la ultima sesión del paciente. Se aplica después de las 04 a 05 sesiones de la Consejería Farmacéutica, después de las visitas domiciliarias al grupo de estudio y control.

6. *Formato historia del cumplimiento de la farmacoterapia.*

El formato contiene información del paciente, se emplea para calificar objetivamente como buena, regular o mala las respuestas que brindan los pacientes del grupo de estudio y control en el formato test de post Consejería. Se aplica después de la visita domiciliaria al grupo de estudio y control, utilizando el formato test.

7. *Formato de registro de incidencias.*

El formato contiene las inquietudes o preguntas que el paciente del grupo de estudio y grupo control realizan durante las sesiones de la Consejería Farmacéutica. Se aplica luego de cada sesión , lejos de la vista del paciente.

8. *Ficha de Consejería Farmacéutica.*

La ficha ayuda a analizar la información que brinda el paciente del grupo de estudio y clasificarla como subjetiva u objetiva. Se aplica al grupo de estudio luego de terminada la Consejería Farmacéutica y después de cada visita domiciliaria.

9. *Formato de control de visitas a pacientes GE y GC.*

El formato se emplea para el control de lo conversado con el paciente del grupo de estudio y control, en el hospital y el domicilio, se considera como visita cualquier encuentro programado con el paciente, aunque sólo se pregunte ¿ A que hora vienen sus

familiares para iniciar/continuar la Consejería Farmacéutica?. Se aplica luego de la visita o encuentro con el paciente.

10. Hoja de registro de dispensación de medicamentos en el alta.

Esta hoja contiene información del paciente y se usa para llevar el registro de los medicamentos que el paciente lleva al momento del alta hospitalaria. Se aplica en el alta hospitalaria.

11. Formato de exploración de la aceptación de la Consejería Farmacéutica.

El formato recoge información subjetiva del paciente acerca de la medicación y la aceptación de la Consejería Farmacéutica. Se aplica en el día del alta a los pacientes del grupo de estudio.

12. Formato de ayuda para el cumplimiento de la terapia.

El formato se emplea para facilitar el cumplimiento de la toma de los medicamentos indicados en el alta. Por otro, mediante los gráficos del formato también ayuda a recordar para que sirve su medicamento, como lo debe tomar, los posibles efectos secundarios y que recomienda el farmacéutico, contiene los mismos gráficos del rotafolio. Se entrega el formato al paciente del grupo de estudio en el día del alta hospitalaria.

13. Formato directorio visita post Consejería Farmacéutica.

El formato reúne la información necesaria para visitar al paciente del grupo de estudio y control a su domicilio. Se aplica en el día del alta a los pacientes del grupo de estudio y control.

14. Formato Test.

Es formado por 03 partes, evalúa el nivel de conocimiento del paciente acerca de la acción del medicamento, modo de administración, frecuencia de administración y posibles efectos secundarios. Se aplica antes de la Consejería Farmacéutica (test 0), después de la Consejería Farmacéutica (test 1) y después de las

visitas domiciliarias (test 2, test 3, test 4) a los pacientes del grupo de estudio y control.

15. Rotafolio

Es la herramienta para el desarrollo de la Consejería Farmacéutica, contiene los temas a tratar con el paciente, de forma gráfica e interesante para captar la atención y mayor retención de la información en el paciente. Se aplica en las 04 a 05 sesiones de la Consejería Farmacéutica del grupo de estudio, durante las visitas domiciliarias del grupo de estudio en caso de ser necesario y en la Consejería Farmacéutica para el grupo control después de la última visita domiciliaria.

INFORME DE LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA

Nº Informe:..... Fecha:.....
Apellidos y nombres (paciente):.....
Edad:..... Grado de instrucción:..... Telef:.....
Sexo: F M
Dirección:.....
Hábitos:.....
Persona responsable:.....

MOTIVO:

.....
.....

OBSERVACIÓN

.....
.
.....
.
.....
.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA

ACTIVIDADES REALIZADAS	FORMATOS USADOS (con el paciente)	FECHA DE ENTREVISTAS							
Presentación	Hoja informativa, consent. Infor.								
Consej. Farmac.	Formato test (T0), rotafolio								
Alta hospitalaria	Test (T1), F. exploración, F. ayuda								
Visita domiciliaria	Test (T2), formato de ayuda								
Visita domiciliaria	Test (T3), formato de ayuda								
Visita domiciliaria	Test (T4), formato de ayuda								
Otros:.....									

Próximo día de Consejería Farmacéutica:.....

Consejero Farmacéutico
UNMSM-HNERM

Q.F. Maria Rosa Rodríguez
Dpto.Farmacia - HNERM

HOJA DE REGISTRO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL ALTA

Fecha de alta:.....

Cod. paciente:.....

Apellidos y nombres:.....

No	MEDICAMENTO	CANTIDAD		DISPENSACIÓN			POSIBILIDAD DE ADQUISICIÓN
		PRESCRITA	ENTREGADA	SI	NO	RAZÓN	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Próxima cita en:.....

Fecha:.....

Teléfono paciente:.....

Consejero Farmacéutico
UNMSM-HNERM

Q.F. Maria Rosa Rodríguez
Dpto.Farmacia - HNERM

HISTORIA DE CUMPLIMIENTO DE LA FARMACOTERAPIA

..... VISITA

Cod. paciente:.....

Fecha:.....

Apellidos y nombre:.....

Lugar :

.....

PREOCUPACIONES

.....

.....

.....

(llenar el cuadro después de la visita domiciliaria, utilizando el test)

FECHA DE ENTREVISTA:															
MEDICAMENTO:	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE		
	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
¿Lo toma?															
¿Para que lo toma?															
¿Cómo lo toma?															
¿Conoce efectos adversos?															
¿Recuerda recomendaciones?															
¿Cuándo?															
¿Cuánto?															
RESULTADO															

FECHA DE ENTREVISTA:															
MEDICAMENTO:	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE		
	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
¿Lo toma?															
¿Para que lo toma?															
¿Cómo lo toma?															
¿Conoce efectos adversos?															
¿Recuerda recomendaciones?															
¿Cuándo?															
¿Cuánto?															
RESULTADO															

B = BIEN

R = REGULAR

M = MAL

FECHA DE ENTREVISTA:															
MEDICAMENTO:	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE		
	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
¿Lo toma?															
¿Para que lo toma?															
¿Cómo lo toma?															
¿Conoce efectos adversos?															
¿Recuerda recomendaciones?															
¿Cuándo?															
¿Cuánto?															
RESULTADO															

FECHA DE ENTREVISTA:															
MEDICAMENTO:	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE		
	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
¿Lo toma?															
¿Para que lo toma?															
¿Cómo lo toma?															
¿Conoce efectos adversos?															
¿Recuerda recomendaciones?															
¿Cuándo?															
¿Cuánto?															
RESULTADO															

FECHA DE ENTREVISTA:															
MEDICAMENTO:	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE		
	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
¿Lo toma?															
¿Para que lo toma?															
¿Cómo lo toma?															
¿Conoce efectos adversos?															
¿Recuerda recomendaciones?															
¿Cuándo?															
¿Cuánto?															
RESULTADO															

FECHA DE ENTREVISTA:															
MEDICAMENTO:	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE		
	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
¿Lo toma?															
¿Para que lo toma?															
¿Cómo lo toma?															
¿Conoce efectos adversos?															
¿Recuerda recomendaciones?															
¿Cuándo?															
¿Cuánto?															
RESULTADO															

FECHA DE ENTREVISTA:															
MEDICAMENTO:	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE		
	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
¿Lo toma?															
¿Para que lo toma?															
¿Cómo lo toma?															
¿Conoce efectos adversos?															
¿Recuerda recomendaciones?															
¿Cuándo?															
¿Cuánto?															
RESULTADO															

RESUMEN: ESTADO DE SITUACIÓN

(Medicamentos)

No	FECHA	ESPECIALIDAD	PRINCIPIO ACTIVO	CUMPLE			CONOCE			FIRMA Q.F.
				B	R	M	B	R	M	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

B = BIEN

R = REGULAR

M = MAL

HOJA REGISTRO DE PACIENTES (GE)

No	FECHA	COD PACIENTE	APELLIDOS Y NOM BRES	EDAD	DIAGNÓSTICO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

* Este mismo formato se usará para grupo control (GC)

FORMATO CONTROL DE VISITAS A PACIENTES (GE)

(Hospitalarias y domiciliarias)

COD. PACIENTE		APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA Y FIRMA Q.F.									
			Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5	Visita 6	Visita 7	Visita 8	Visita 9	Visita 10
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												

* Este mismo formato se usará para grupo control (GC)

FICHA DE CONSEJERÍA FARMACEÚTICA

(Formato ISOEP)

(Aplicable al final de la C. F. y
después de cada visita domiciliaria)

Nombre del paciente: Edad: Diagnóstico médico:

Número de sesión: Médico tratante: Fecha: / /

ANALISIS			
Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Base Teórica	Factor Relacionado

PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		SUGERENCIA DEL FARMACEUTICO
Real	Potencial	Determinante	Condicionante	

* Este mismo formato se usará para grupo control (GC)

Investigador Responsable
Manuel Nuñez A

Investigador Responsable
Mary Vicente A.

Q.F. Encargado
Maria Rosa Gutiérrez B

FORMATO DE EXPLORACIÓN DE LA ACEPTACIÓN DE LA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA

OBJETIVO:

Recoger información de los pacientes del Servicio de Cardiología del área de cuidados generales.

Estimado pacientes el presente test, busca medir el conocimiento acerca de su medicación, mucho le agradeceremos responder las siguientes preguntas con sinceridad.

GENERALES

1.- ¿Le preocupa su enfermedad?

Si mucho ()

Si Poco ()

Nada ()

2.- ¿Qué tan importante es para usted saber acerca de su medicación?

Indispensable ()

Poco Importante ()

No lo tomo en cuenta ()

3.- ¿Ha recibido información sobre el tratamiento de su enfermedad?

Si mucho ()

Si Poco ()

Nunca ()

4.- Alguna vez ha olvidado de tomar su medicación en todo este tiempo

SI con frecuencia ()

Algunas Veces ()

Nunca ()

5.- ¿Conoce para que sirve la medicación que está tomando?

Si de la Mayoría ()

Si de pocos ()

Ninguno ()

6.- Sabe en qué momento debe tomar sus medicamentos

Si ()

Algunas Veces ()

No ()

7.- Ha olvidado tomar su medicación durante el fin de semana (Conteste sólo si en la actualidad ya no se encuentre en el hospital)

Si ()

No ()

No recuerdo ()

8.- Conteste sólo si su respuesta es Si en la pregunta 4, ¿Cuántas veces olvidó tomar su medicamento?

Tomé todo ()

Olvidé de tomar 1-2 veces ()

Olvidé de tomar 3-5 veces ()

9.- ¿Conoce los cuidados que debe tener al tomar sobre sus medicamentos?

Si de la Mayoría () Si de pocos () No recuerdo ()

10.- ¿Conoce los posibles efectos secundarios que puede producir sus medicamentos?

Si de la Mayoría () Si de algunos () No recuerdo ()

11.- ¿Alguna vez ha dejado de tomar los medicamentos si se sentía mal?

Si () Algunas veces () No ()

12.- ¿Indique la cantidad de medicamentos que usted toma?

Tomo: medicamentos

DE CALIDAD DE ATENCIÓN

1.- ¿Ha sido tratado con respeto y calidez durante la Consejería Farmacéutica?

En todo momento () Pocas veces () Nunca ()

2.- ¿Al expresar sus necesidades y temores experimentó un sentimiento de confianza?

En todo momento () Pocas veces () Nunca ()

3.- ¿Está satisfecho con la información que ha recibido en el servicio:

Totalmente () Parcialmente () No estoy satisfecho ()

4.- ¿Tuvo problemas en la recepción de la información

En todo momento () Pocas veces () Nunca ()

5.- ¿Consideró útil la información recibida?

Muy útil () Útil () Muy Poco útil ()

6.- Acerca de que medicación y/o aspecto le gustaría saber más:

.....
.....
.....
.....
.

FORMATO DIRECTORIO- VISITA POST CONSEJERÍA FARMACÉUTICA(GE)

APELLIDOS Y NOMBRES TELÉFONO	DIRECCIÓN	REFERENCIAS

** Este mismo formato se usará para grupo control (GC)*

FORMATO REGISTRO DE INCIDENCIAS (GE)

APELLIDOS Y NOMBRES	INCIDENCIAS POR SESIÓN			
	SESIÓN 01	SESIÓN 02	SESIÓN 03	SESIÓN 04
Nº habitación:				
Nº habitación:				
Nº habitación:				
Nº habitación:				
Nº habitación:				
Nº habitación:				

** Este mismo formato se usará para grupo control (GC)*

FORMATO HOJA DE CONTROL INTRAHOSPITALARIO

NoH	APELLIDOS Y NOMBRES			IMEDICAMENTOS											

FORMATO DE AYUDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA

Apellidos y nombres:..... Cod. paciente:.....

Marque con una aspa en el. recuadro respectivo después de tomar su medicamento.

MEDICAMENTO c/ 12h	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M

MEDICAMENTO c/ 8h	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M

MEDICAMENTO c/ 8h	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M

En farmacias y boticas, pregunte siempre por su QUÍMICO FARMACEÚTICO..!



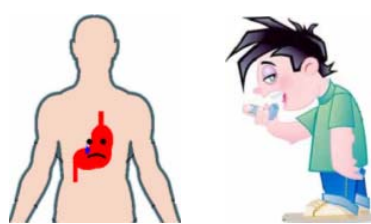





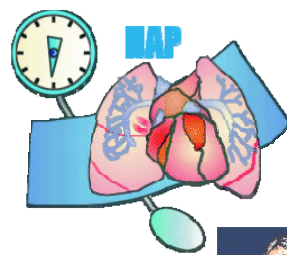











FORMATO DE AYUDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA

Hoja resumen para el paciente



Apellido y nombre:.....

Cod. paciente:.....

Mi medicamento es:		¿Para que sirve?	¿Como lo tomo?	¿Que efectos adversos puede provocar?	¿Qué me recomienda el farmacéutico?
Enalapril	E	 <p>Tratar Hipertensión Infarto</p>	<p>Antes o después</p>  <p>de las comidas</p>	 <p>Hipotensión Tos irritativa</p>	 <p>Siga una dieta baja en sal.</p>
Captopril	C				
Lovastatina	L	 <p>Disminuye Producción de colesterol</p> <p>Riesgo infarto</p>	<p>Antes o después</p>  <p>de las comidas</p>	<p>Dolor de cabeza Diarrea Estreñimiento</p> 	 <p>Siga una dieta adecuada.</p>
Atorvastatina	A				
Pravastatina	P				
Bisoprolol	B	 <p>Tratar Hipertensión, dolor pecho, infarto.</p>	<p>Antes o después</p>  <p>de las comidas</p>	<p>Cansancio Broncoespasmo</p>  <p>Diarrea y estreñimiento</p>	 <p>Haga ejercicios.</p>
Atenolol	A				
Carvelilol	C				
Propanolol	P				

Mi medicamento es:		¿Para que sirve?	¿Como lo tomo?	¿Que efectos adversos puede provocar?	¿Qué me recomienda el farmacéutico?
Asa 100 mg	A	Antiagregante Plaquetario 	Antes o después de los alimentos 		<div> No mucho tiempo</div> <div> Hipotension</div> <div>Si usted desea... Prevenir angina</div> <div> Dolor de cabeza Hipotensión Estreñimiento</div> <div> Seguir Regimen y Tratamiento sin Interrupciones</div> <div> Isosorbide 10mg Usar 5 a 10 minutos antes de iniciar una actividad de esfuerzo</div>
Clopidogrel	C				
Verapamilo	V	 Tratar Hipertensión Dolor de pecho 	Antes O después de los alimentos 	  Dolor de cabeza Hipotensión Estreñimiento	
Nifedipino	N				
Diltiazem	D				
Amlodipino	A				
Losartan	L	 Antihipertensivo nefroprotector 	Antes O después de los alimentos 	   	
Irbersartan	I				

Apellido y nombre:.....Cod. Paciente:.....

Mi medicamento es:		¿Para que sirve?	¿Como lo tomo?	¿Que efectos adversos puede provocar?	¿Qué me recomienda el farmacéutico?
Espironolactona	E	 <p>Favorece la formación de orina</p>	<p>Antes o después</p>  <p>de las comidas</p>	 <p>Dolor de cabeza</p> <p>Fatiga</p>  <p>Hipotensión</p> <p>Mareos</p>	 <p>NO TOMES UNA DOSIS DOBLE.</p> <p>Tome la cantidad indicada.</p>
Hidroclorotiazida	H				
Furosemida	F				
Isosorbide 5 mg	i	 <p>Dolor de pecho</p>	 <p>SUBLINGUAL</p> <p>NO Masticar Beber</p> <p>ORAL</p>	 <p>Nauseas y vómitos</p> <p>Dosis dependiente</p> <p>Dolor de cabeza</p>	 <p>Trate de tomar <u>lovastatina</u> a la misma hora.</p> <p>Mantener el efecto</p>
Isosorbide 10 mg	i				
Isosorbide 40 mg	I				

Conocer sobre su enfermedad le ayudara a ser conciente de ello y a mejorar.

Su Químico Farmacéutico

Muchas gracias por su colaboración.

FORMATO TEST

DE LOS MEDICAMENTOS: A continuación marcará con aspa (X), en el recuadro que le parece conveniente, correlacionando acerca del porqué toma dicho medicamento?

01.- Yo sé que el medicamento se toma porque sirve para:....

	Enalapril	Atorvastatina		Atenolol	Aspirina	Losartan	Diltiazem
	Captopril		Isosorbide	Bisoprolol	Clopidrogel	Irbesartan	Verapamilo
Disminuir las arritmias y los reinfartos, efecto (+) con IECA en disminuir mortalidad por post infarto							
Reducir el nivel de colesterol malo aumentando el bueno así reduce los casos de muerte por post infarto							
Impedir formación de ateromas							
Evitar la dilatación del ventrículo y el remodelamiento cardiaco, disminuye riesgo de desarrollo de diabetes							

Consejería Farmacéutica en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA)

	Enalapril	Atorvastatina		Atenolol	Aspirina	Losartan	Diltiazem
	Captopril		Isosorbide	Bisoprolol	Clopidrogel	Irbesartan	Verapamilo
Elimina un ataque de dolor anginoso en el pecho.							
También impide la formación de ateromas							
Evitar la hipertrofia ventricular izquierda; no produciendo tos							
Aportar cierta protección en ausencia ventricular izquierda, ideal para pacientes con falla hepática o renal, efecto (+) estatinas							

DE LOS MEDICAMENTOS:

02.- Yo sé que cuantas veces tomo mi medicamento.....

03.- Yo sé la cantidad de medicamento que debo tomar.....

	Cada 8 horas	Cada 12 horas	Cada 24 horas	Antes de las comidas	Con las comidas	Después de las comidas	Dosis del Medicamento
Captopril							
Lovastatina							
Isosorbide							
Bisoprolol							
Clopidrogel							
Atenolol							
Amiodarona							
Losartan							
Irbesartan							
Verapamilo							
Diltiazem							
Atorvastatina							

DE LOS MEDICAMENTOS:

04.- Sé que el medicamento puede producir efectos secundarios:.....:

	Enalapril	Atorvastatina		Atenolol	Aspirina	Losartan	Diltiazem
	Captopril		Isosorbide	Bisoprolol	Clopidrogel	Irbesartan	Verapamilo
Aumentan triglicéridos, insomnio, manos y pies fríos, disfunción eréctil.							
Ardor en el estomago,							
Cansancio, mareos, estreñimiento.							
Tos, sabor metálico, mareos.							
Dolor de cabeza, mal aliento, taquicardia.							
Cefalea, vértigos, estreñimiento, dolor a nivel de estomago.							
Congestión nasal, insomnio, dolor de piernas, estreñimiento, disfunción eréctil.							

ANEXO N° 02

CONFIABILIDAD - VALIDEZ

PREGUNTAS GENERALES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	32	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	32	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,629	9

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. ¿Le preocupa su enfermedad?	3,97	3,451	,407	,586
2. ¿Qué tan importante es para usted saber acerca de su medicación?	4,09	3,507	,225	,622
3. ¿Ha recibido información sobre el tratamiento de su enfermedad?	4,25	2,839	,585	,521
4. ¿Alguna vez ha olvidado de tomar su medicación en todo este tiempo?	4,81	4,093	-,073	,651
5. ¿Conoce para que sirve la medicación que está tomando?	4,25	2,774	,631	,507
6. Sabe en qué momento debe tomar sus medicamentos	4,16	3,233	,364	,587

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
9. ¿Conoce los cuidados que debe tener al tomar sobre sus medicamentos?	4,31	3,125	,385	,581
10. ¿Conoce los posibles efectos secundarios que puede producir sus medicamentos?	4,38	2,694	,674	,491
11. ¿Alguna vez ha dejado de tomar los medicamentos si se sentía mal?	4,53	4,580	-,362	,751

PREGUNTAS DE LOS MEDICAMENTOS

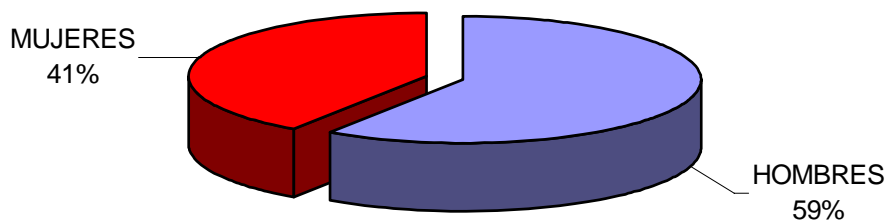
Coefficiente de confiabilidad de las mitades según Spearman-Brown = **0.565**

	ITEM					
	T0	T1	T2	T3	T4	TOTAL
Media	3.369	3.508	3.415	3.723	2.723	16.738
Varianza	1.125	2.619	2.520	2.016	2.016	13.609
Desv.Estánd.	1.061	1.618	1.587	1.420	1.420	3.689
R(It-TT)	0.504	0.888	0.851	0.873	-0.616	
Dec.Estadíst.	A	A	A	A	R	

ANEXO N° 03

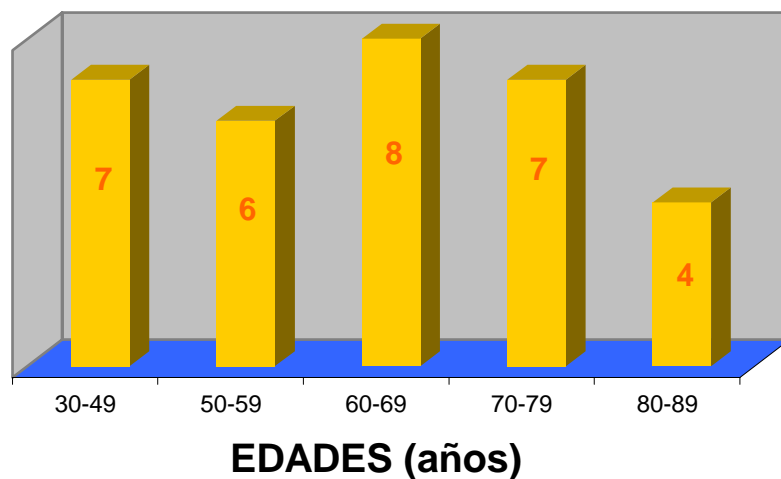
TABLA N°01

GRUPO DE ESTUDIO



	CANTIDAD	PORCENTAJE
HOMBRES	19	59.38%
MUJERES	13	40.63%

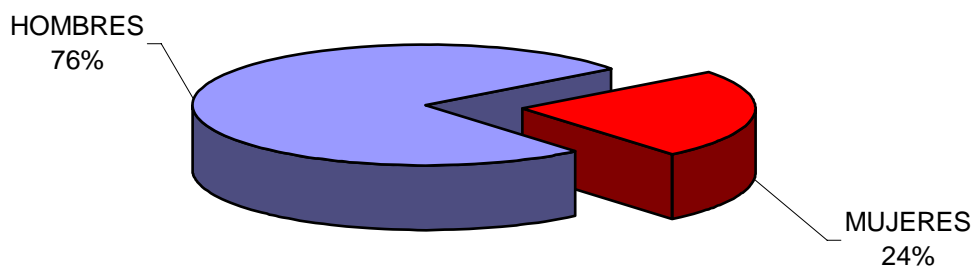
Gráfica N°1 PACIENTES GRUPO ESTUDIO



RANGO	PACIENTES	PORCENTAJE
30-49	7	21.88%
50-59	6	18.75%
60-69	8	25.00%
70-79	7	21.88%
80-89	4	12.50%

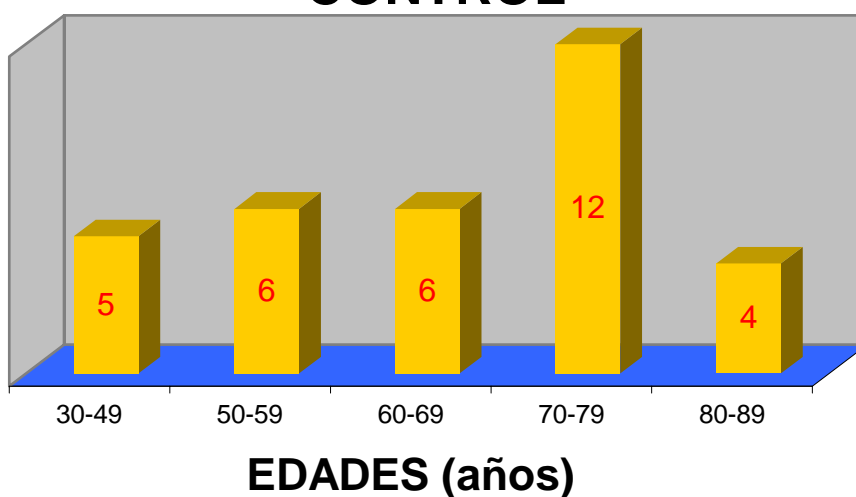
TABLA N° 02

GRUPO CONTROL



	CANTIDAD	PORCENTAJE
HOMBRES	25	75.76%
MUJERES	8	24.24%

Gráfica N°2 PACIENTES GRUPO CONTROL



RANGO	PACIENTES	PORCENTAJE
30-49	5	15.15%
50-59	6	18.18%
60-69	6	18.18%
70-79	12	36.36%
80-89	4	12.12%

DEL FORMATO DE EXPLORACIÓN DE LA ACEPTACIÓN DELA CONSEJERÍA FARMACÉUTICA:

TABLA N°03

Pregunta 01: ¿Le preocupa su enfermedad?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si mucho	28	87,5
	Si poco	4	12,5
	Total	32	100,0

TABLA N°04

Pregunta 02: ¿Qué tan importante es para usted saber acerca de su medicación?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Indispensable	24	75,0
	Poco importante	8	25,0
	Total	32	100,0

TABLA N°05

Pregunta 03: ¿Ha recibido información sobre el tratamiento de su enfermedad?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si mucho	19	59,4
	Si poco	13	40,6
	Total	32	100,0

TABLA N°06

Pregunta 04: ¿Alguna vez ha olvidado de tomar su medicación en todo este tiempo?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	1	3,1
	Algunas veces	16	50,0
	Nunca	15	46,9
	Total	32	100,0

TABLA N°07

Pregunta 05: ¿Conoce para qué sirve la medicación que está tomando?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si de la Mayoría	19	59,4
	Si de pocos	13	40,6
	Total	32	100,0

TABLA N°08

Pregunta 06: ¿Sabe en qué momento debe tomar sus medicamentos?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	22	68,8
	Algunas veces	9	28,1
	NO	1	3,1
	Total	32	100,0

TABLA N°09

**Pregunta 08: Conteste sólo si su respuesta es Si en la pregunta 4,
¿Cuántas veces olvidó tomar su medicamento?**

	Frecuencia	Porcentaje
Si olvide	17	6,25
No olvide	15	----
Total	32	6,25

Si olvide	Frecuencia	Porcentaje	% del GE
1-2 veces	02	11.76	6.25
3-5 veces	----	----	
No indica	15	88.24	46.7
Total	17	100.00	

TABLA N°10

Pregunta 09: ¿Conoce los cuidados que debe tener al tomar sobre sus medicamentos?

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Si de la Mayoría	17	53,1
Si de pocos	15	46,9
Total	32	100,0

TABLA N°11

Pregunta 10: ¿Conoce los posibles efectos secundarios que puede producir sus medicamentos?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si de la Mayoría	15	46,9
	Si de algunos	16	50,0
	No recuerdo	1	3,1
	Total	32	100,0

TABLA N°12

Pregunta 11: ¿Alguna vez ha dejado de tomar los medicamentos si se sentía mal?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	10	31,3
	Algunas veces	21	65,6
	NO	1	3,1
	Total	32	100,0

TABLA N°13

Pregunta 12: Cantidad de medicamentos que usted toma:

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	3	3	9,4
	4	11	34,4
	5	5	15,6
	6	11	34,4
	8	2	6,3
	Total	32	100,0

TABLA N°14

Perfil de los puntajes promedio obtenidos en la variable ACCION de los medicamentos que consumieron los pacientes con SCA. Hospital Rebagliati.

Mayo – Octubre 2006. Lima – Perú.

Grupo	n	T0	T1	T2	T3	T4
Control	33	60.15	33.96	26.44	22.04	30.35
Experimental	32	25.66	100.00	42.97	63.41	28.94
Total	65	43.17	66.47	34.58	42.41	29.65

Fuente: Formato Test (Anexo 03)

Estadísticos obtenidos al realizar el Análisis de Perfiles para dos grupos independientes:

Distancia entre los Grupos D^2 de Mahalanobis: 17.44209845

T^2 de Hotelling: 283.3670148

F observado con (5 ; 59): 53.07509166

Probabilidad asociada al valor F observado: **1.40047E-20**

Nota: 1.40047E-20 = 0. 000 000 000 000 000 000 014 004 7

Gráfico N° 14

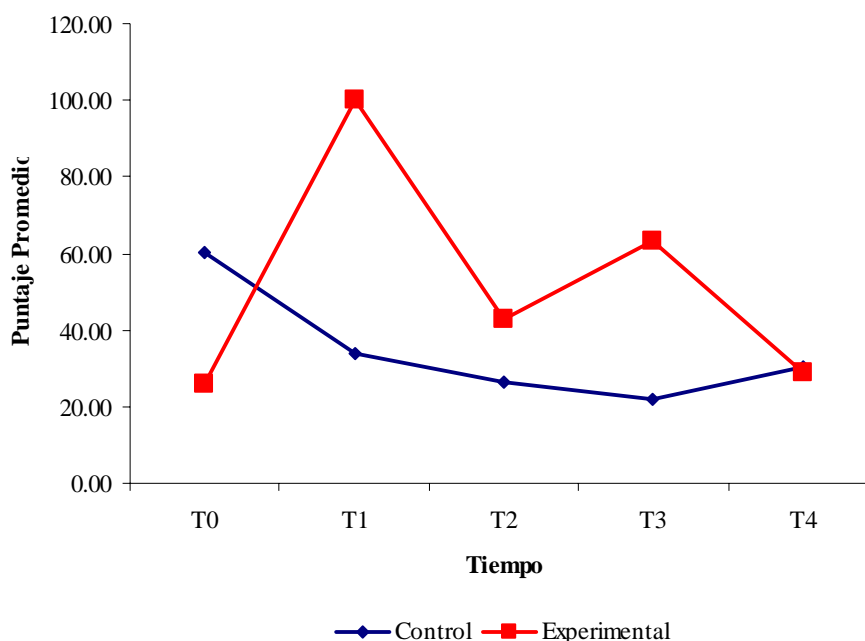


TABLA N° 15

Perfil de los puntajes promedio obtenidos en la variable MODO DE ADMINISTRACIÓN de los medicamentos que consumieron los pacientes con SCA. Hospital Rebagliati. Mayo – Octubre 2006. Lima – Perú.

Grupo	n	T0	T1	T2	T3	T4
Control	33	52.84	34.77	46.07	39.41	28.43
Experimental	32	49.41	100.00	66.62	48.80	36.87
Total	65	51.15	66.88	56.18	44.04	32.58

Fuente: Test (Anexo 2)

Estadísticos obtenidos al realizar el Análisis de Perfiles para dos grupos independientes:

Distancia entre los Grupos D^2 de Mahalanobis: 26.51518796

T^2 de Hotelling: 430.7698228

F observado con (5 ; 59): 80.68387158

Probabilidad asociada al valor F observado: **4.40422E-25**

Nota: 4.40422E-25= 0. 000 000 000 000 000 000 000 000 440 422

Gráfico N° 15

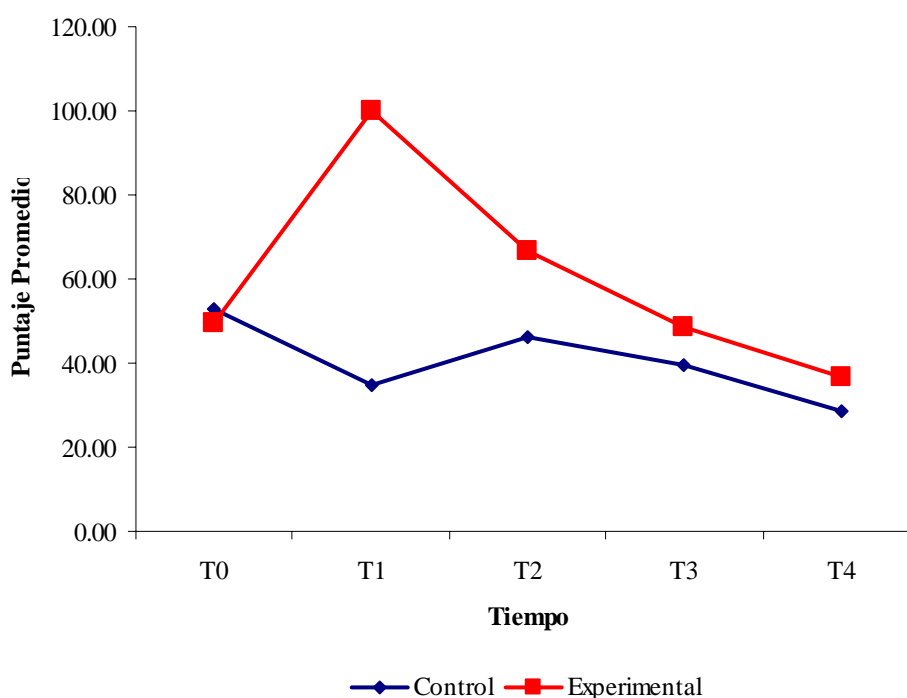


TABLA N°16

Perfil de los puntajes promedio obtenidos en la variable FRECUENCIA HORARIA DE ADMINISTRACIÓN de los medicamentos que consumieron los pacientes con SCA Hospital Rebagliati. Mayo – Octubre 2006. Lima – Perú.

Grupo	n	T0	T1	T2	T3	T4
Control	33	88.46	78.30	88.13	79.88	88.64
Experimental	32	76.31	100.00	100.00	99.48	98.70
Total	65	82.48	88.98	93.97	89.53	93.59

Estadísticos obtenidos al realizar el Análisis de Perfiles para dos grupos independientes:

Distancia entre los Grupos D^2 de Mahalanobis: 3.959695227

T^2 de Hotelling: 64.32981785

F observado con (5 ; 59): 12.04907699

Probabilidad asociada al valor F observado: **4.66833E-08**

Nota: 4.66833E-08= 0. 000 000 046 683 3

Gráfico N°16

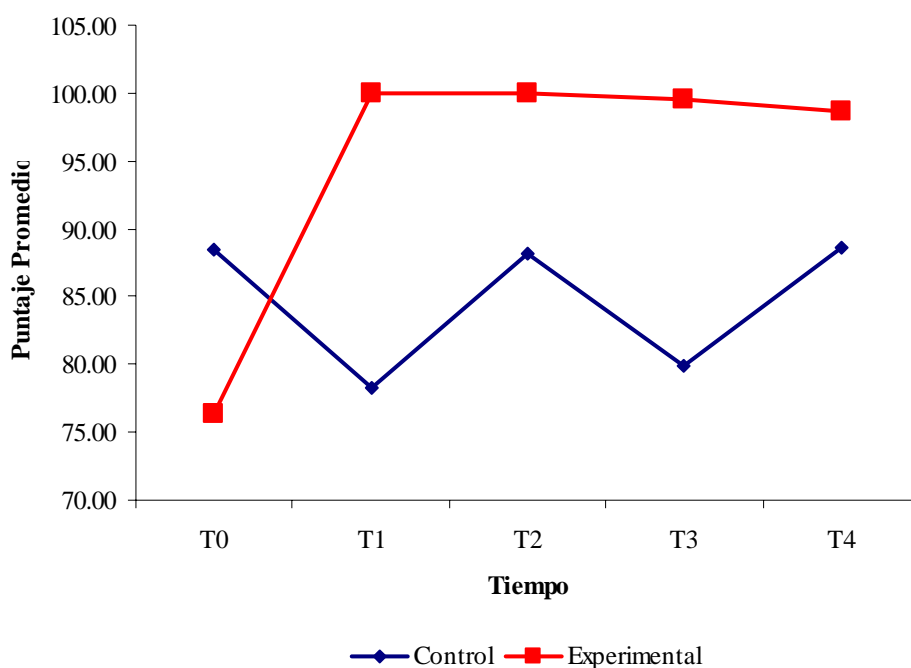


TABLA N°17

Perfil de los puntajes promedio obtenidos en la variable EFECTOS SECUNDARIOS de los medicamentos que consumieron los pacientes con SCA Hospital Rebagliati. Mayo – Octubre 2006. Lima – Perú.

Grupo	n	T0	T1	T2	T3	T4
Control	33	81.24	34.51	24.55	27.70	46.93
Experimental	32	48.85	100.00	67.48	52.33	37.63
Total	65	65.29	66.75	45.69	39.83	42.35

Estadísticos obtenidos al realizar el Análisis de Perfiles para dos grupos independientes:

Distancia entre los Grupos D^2 de

Mahalanobis: 45.37197032

T^2 de Hotelling: 737.1200102

F observado con (5 ; 59): 138.0637479

Probabilidad asociada al valor F observado: **3.11863E-31**

Nota: 3.11863E-31= 0. 000 000 000 000 000 000 000 000 000 000 311 863

Gráfico N°17

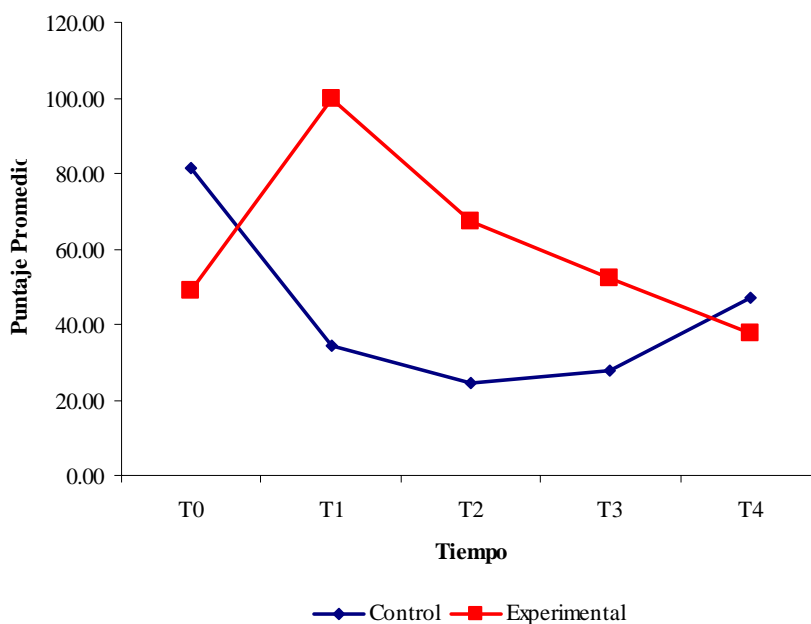


TABLA N°18

PERFIL GENERAL de los puntajes promedio obtenidos en los pacientes con SCA Hospital Rebagliati. Mayo – Octubre 2006. Lima – Perú

Grupo	n	T0	T1	T2	T3	T4
Control	33	71.79	39.30	35.29	34.72	44.48
Experimental	32	48.14	100.00	67.52	59.30	42.60
Total	65	60.15	69.18	51.15	46.82	43.55

Estadísticos obtenidos al realizar el Análisis de Perfiles para dos grupos independientes:

Distancia entre los Grupos D^2 de

Mahalanobis: 50.86209797

T^2 de Hotelling: 826.3134686

F observado con (5 ; 59): 154.7698243

Probabilidad asociada al valor F observado: **1.39729E-32**

Nota: 1.39729E-32= 0. 000 000 000 000 000 000 000 000 000 000 013 972 9

Gráfico N°18

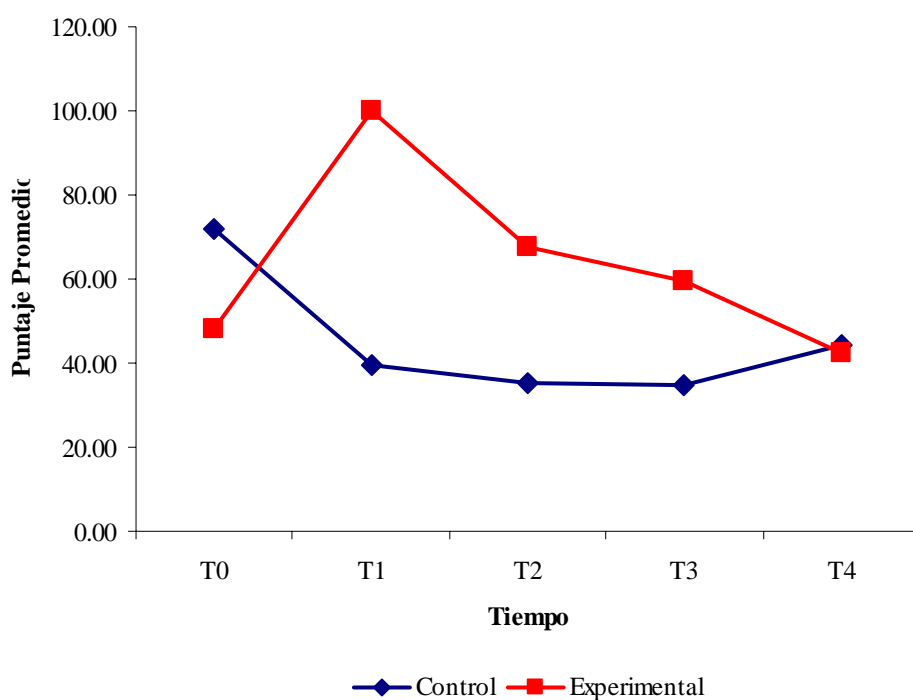


TABLA N°19

ANÁLISIS DE TENDENCIA

Tiempo	Días	Promedio	Regresión
T1	0	100	84.61237221
T2	5	67.516135	80.00986843
T3	20	59.29691094	66.2023571
T4	50	42.59888625	38.58733444

Fuente de Variación	Grados de Libertad	Suma de Cuadrados	Cuadrados medios	F	p
Total	4	19889.22			
Media	1	18145.70			
Término lineal	1	1286.87	1286.87	5.636	0.140880
Error para el lineal	2	456.65	228.33		
Término cuadrático	1	204.19	204.19	0.809	0.533708
Error para el cuadrático	1	252.46	252.46		

El ANAVA no puede continuar porque existen Sumatorias de Cuadrados Negativas

Gráfico N°19

